

اضطرابات التأتأة

"رؤية تشخيصية علاجية"



دكتورة
رحاب محمود صديق
أستاذ مساعد الصحة النفسية
كلية رياض الأطفال
جامعة الإسكندرية



الأستاذة الدكتورة
هالة إبراهيم الجرواني
أستاذة معالي الأم والطفل
عميد كلية رياض الأطفال
جامعة الإسكندرية

اضطراب التأتأه

رؤية تشخيصية علاجية

إعداد

الدكتورة

رحاب محمود صديق

أستاذة مساعد الصحة النفسية

كلية رياض الأطفال

جامعة الإسكندرية

الأستاذة الدكتورة

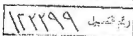
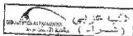
هالة إبراهيم الجرواني

أستاذة صحة الأم والطفل

عميد كلية رياض الأطفال

جامعة الإسكندرية

٢٠١٣



حقوق النشر والتوزيع

جميع حقوق الملكية الأدبية والفنية محفوظة لدى دار المعرفة للطباعة والنشر والتوزيع
الإسكندرية - جمهورية مصر العربية - ويحظر طبع أو تصوير أو ترجمة الكتاب كاملاً أو مجزأً أو
تسجيله على أي شكل إلكتروني أو ميكانيكي أو برمجته إلا بموافقة الناشر خطياً .

كتاب

اضطراب التأتأة - رؤية تشخيصية علاجية

د. وحاب محمود صديق

أ.د. هالة إبراهيم الجرواني

124 صفحة

4869-2812

978-977-273-647-8



الإدارة: ش.سولير - الأزدهة - أمام كلية الحقوق
بجامعة الإسكندرية - جمهورية مصر العربية

تليفون: 00203 48 70 163 فاكس: 00203 48 30 454

معمول: 002 0122 1666 913

الفرع: 747 ش. قتال الصوفى - الشافى - الإسكندرية

Email: darelmarafeh@gmail.com

d_marafeh@yahoo.com

Web site: www.darelmarafeh.com



مُقَدِّمَةٌ

يعتبر موضوع اضطرابات اللغة والكلام من الموضوعات الحديثة نسبياً في مجال اهتمام التربية الخاصة، حيث ظهر الاهتمام بها في بداية الستينات في القرن العشرين وذلك من منطلق أهمية اللغة كعامل أساسي من عوامل التكيف مع المجتمع، ووسيلة من وسائل الاتصال بالآخرين.

فاللغة تستخدم للتعبير عن المشاعر والأفكار وتساهم بشكل أساسي في التعليم واكتساب العديد من المهارات.

ولكن أحياناً تتعرض اللغة لدى الأطفال لبعض الاضطرابات تتعلق بعيوب تصيب النطق كالحذف والإضافة والإبدال والتحريف أو عيوب تتعلق بطبيعة الصوت شدته أو اضطراب الحمضة أو الخنف: فو عيوب تتعلق بالكلام كالجلجلة واللغة وعسر الكلام والحسة وتأخر الكلام.

ويمكن أن ترجع هذه الاضطرابات إلى عوامل عديدة عضوية أو نفسية أو بيئية، ولذا يستخدم العديد من الوسائل في تشخيص هذه الاضطرابات، وهذا لتعدد يناسب تعدد الأسباب الكامنة أو المؤدية لهذه الاضطرابات. وكذلك تتعدد الطرق العلاجية المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطرابات اللغة والكلام.

ويتناول هذا الكتاب تصنيف الاضطرابات اللغة والكلام وطرق تشخيص هذه الاضطرابات وعلاجها، ويتكون الكتاب من ثلاث فصول، على النحو التالي:

الفصل الأول: يتناول طبيعة النمو اللغوي لدى الأطفال ومظاهره التطور الطبيعي للنطق واللغة.

أما في الفصل الثاني: فيتم استعراض أنواع ومظاهر اضطرابات اللغة والكلام وسبل التشخيص، والنظريات التي فسرت اضطرابات اللغة والكلام.

وعلا ل الفصل الثالث: يتم تناول الطرق العلاجية والتي يمكن أن تسهم في تخفيف حدة اضطرابات اللغة والكلام لدى الأطفال.

والمرجو من الله أن تعم الفائدة على كل الأسرة التي يعاني أطفالها من اضطرابات النطق والكلام

والله وفي التوفيق ...

الفصل الأول

اللغة والنمو اللغوي لدى الأطفال

أولاً - أهمية اللغة.

ثانياً - وظائف اللغة.

ثالثاً - مراحل النمو اللغوي.

رابعاً - عوامل اكتساب المهارات اللغوية.

خامساً - الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوي السوي.

سادساً - مراحل الكلام.

الفصل الأول

اللغة والنمو اللغوي لدى الأطفال

مقدمة

تعد اللغة من المميزات الإنسانية للتواصل، حيث يعبر بها الإنسان عن مشاعره وآرائه وما يدور في ذهنه من أفكار، فهي أداة للتفكير ويكتسب الطفل اللغة من بيئته لمحيطته، فيتطور استخدامه للغة للمجتمع الذي يعيش فيه، حتى يتمكن من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين المحيطين به.

أولا أهمية اللغة

تعد اللغة أساس الثقافة الإنسانية، وعامل أساسي من عوامل التكيف والتوافق مع الحياة، وتمثل الأداة الرئيسية التي تتواصل بها الأجيال، فهي وسيلة للتفاهم والاتصال والتخاطب، ووسيلة هامة من وسائل النمو العقلي والعرفي والإدراكي، وتشمل اللغة لفظها واللغة المكتوبة والإيماءات والإشارات والتعبيرات الوجيهة التي تصاحب سلوك الكلام، ويرتبط بمفهوم اللغة كل من النطق والكلام

• **النطق:** هو مجموعة الحركات التي يؤديها جهاز النطق والأحبال الصوتية أثناء إصدار الأصوات.

• **الكلام:** هو عملية إصدار الأصوات الكلامية لتكوين كلمات وجمل لنقل المشاعر والأفكار من المتكلم إلى السامع

والطفل عندما يولد معه القدرة على النطق وفهم الكلام ولكنه يعتمد في الشهور الأولى على السمع ثم تتطور القدرة على النطق واستخدام لغة المجتمع الذي يحيا فيه.

ثانياً - وظائف اللغة

تعتبر اللغة من أهم المميزات الإنسانية، ووسيلة مهمة للتواصل والتفاهم بين البشر ووصف مشاعرهم، كما أنها أهم وسيلة اتصال في المجتمع البشري الذي يحظى بوسائل اتصالية كثيرة، ويمكن أن نحدد أهم وظائف اللغة كما يلي:

١- التواصل: يتيح التواصل المجال للتعرف على آراء الآخرين، وأفكارهم وتبادل المعلومات بين الأفراد ومعرفة كل ما هو جديد ونقل الحضارات والتقنيات وتخليق النظم والتكيف مع المجتمع ويرى «سايبير» أن مفردات اللغة تعكس بصورة واضحة المحيط الطبيعي والاجتماعي للذين يتكلمون بها.

٢- التعبير: حيث يتم التعبير باللغة عن المشاعر والأحاسيس والعواطف والافعال، ولولا اللغة بقيت تلك المشاعر رهينة بصاحبها لا يستطيع توضيحها.

٣- التفكير: يتضح لنا أننا نفكر باللغة وإنها أداة التفكير، وبين «واطس» أن الفكر ما هو إلا كلام، فعندما نفكر نتكلم فعلاً على الرغم من أن الكلام لا يكون مسموعاً.

ثالثاً - مرحلة النمو اللغوي

لا شك بأن اللغة تمر بمراحل عديدة، وقد قسمت مراحل اكتساب اللغة عند الأطفال إلى:

١- مرحلة الصراخ: تبدأ هذه المرحلة بالصرخة الأولى، (صرخة الميلاد)، حيث تمثل أول استعداد لل جهاز التنفسي، ولهذه الأصوات في الأسابيع الأولى من حياة الطفل أهمية في تمرين اجهزة الكلام عند الطفل ووسيلة للاتصال بالآخرين وإشباع حاجاته.

٢- مرحلة المأخاة: تبدأ حوالي الشهر الخامس، يفتح الطفل فمه فتخرج منه أصوات (أغ أغ أع). ونتيجة دخول الهواء إلى تجويف الفم دون أي هزئ يبدأ الطفل في نطق الحروف الحلقية المتحركة (آ)، ثم تظهر حروف الشدة (م أ، ب ب). ثم يجمع بعد ذلك بين الحروف المدقة وحروف

الشقاء (ماما)، وعلى الأم أن تتأذى مع طفلها لأن المصاصة هي لطريقة المثلى لتعلم اللغة فالطفل يحاكي بها ما يصل إليه من أصوات (أحرف وكلمات).

٣- مرحلة التقليد أو المحاكاة: بعد أن ينتهي مقاطع ماما/ بابا، تأتي مرحلة الحروف البسيطة (د، ت)، ثم الحروف الأنفية (ن)، ثم الحروف الخلقية الساكنة (ك، ق، ح) وحتى هذه المرحلة لا يزال الطفل يفتقد معنى الكلمات ولكنه يبدأ محاولات التكلم كما يتكلم الآخرون، وهذه ما يحاول الطفل التكلم مع نفسه أو مع أمه، وهنا يجب علينا عدم مقاطعة لما هذا الأمر من أهمية في تطور مقدرة الطفل على الكلام، وهناك فروق فردية بين الأطفال في القدرة على المحاكاة ومطلق الكلمة الأولى تبعاً لعوامل متعددة كالذكاء والعمر الزمني وفرص الكلام المتاحة للطفل، ووجود أطفال آخرين معه في الأسرة.

٤- مرحلة الكلام الحقيقي وفهم اللغة. يبدأ فيها الطفل بالكلام ويفهم مدلولات الأنفاظ ومعانيها ويظهر عادة في السنة الثانية، ثم مرحلة تكوين الجملة بدءاً من الكلمة الواحدة، وهذه المرحلة تسمى الكلمة الجملة، فعندما يقول الطفل لأمه (كلمة) فإنه يقصد إبلاغ رسالة، ثم تأتي مرحلة الكلمتين: وتتضمن الكلمات ذات المحتوى الدال والهم مائتسة للمعنى وفي نهاية الثلاث سنوات الأولى تتكون الجملة من ٥ إلى ٦ كلمات. وفي السنة الرابعة يتشابه نظام الأصوات للكلامية وفي السنة الخامسة إلى السادسة تصبح اللغة في مستوى كامل من حيث الشكل والتركيب والتعبير بجمل صحيحة.

رابعاً : عوامل اكتساب المهارات اللغوية

إن العوامل المؤثرة في اكتساب اللغة ترجع إلى الفرد في بعضها، كما ترجع إلى البيئة المحيطة في بعضها الآخر، وفيما يلي فكرة عن بعض هذه العوامل.

١- الممارسة: يجب أن تتم ممارسة اللغة بصورة طبيعية وفي مواقف حياتية مستمرة.

٢- **الفهم والتعلم:** كلما زاد التواصل والفهم زاد تفاعل الطفل وروادته ورعيته في تعلم المزيد.

٣- **التوجيه:** توجيه الأطفال لأخطائهم في جوه هادئ.

٤- **النموذج:** سواء من الأم أو الأخوة أو الأب أو المربين.

٥- **التشجيع:** فهما يؤديان إلى تعزيز التعلم والتقدم فيه.

٦- **الذكاء:** ترتبط الخصيلة اللغوية عند الأطفال بنسبة ذكائهم، حتى إن بعض علماء النفس يتخذون هذه الخصيلة أساساً لقياس الذكاء.

٧- **الوضع الصحي والصحي للطفل.**

٨- **الوسط الاجتماعي والمستوى الاقتصادي:** أطفال المستوى الاجتماعي

المرتفع يتكلمون تلقائياً ويميزون بوضوح عن آرائهم، وبين "ديوي" إن الوسط الاجتماعي يعمل على تكوين العادات اللغوية. والطفل يتعلم لغة أمه ويرتد إليها.

٩- **البيئة اللغوية:** يرى علماء النفس اللغوي إن اكتساب مهارات أي لغة يتعذب وضع المتعلم في بيئة لغوية.

ومن وطننا العربي ثمة مشكلات في اكتساب اللغة الفصحى في أيامنا هذه تتمثل في لعمية المنتشرة بالبرامج الإذاعية والتلفزيونية والفصول في تكوين مهارات التعلم الذاتي.

خامساً: الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوي السوي.

قد يكون من المفيد جذب انتباه الوالدين والمعلمين لبعض الاعتبارات التي يجب مراعاتها حتى يحقق الطفل النمو اللغوي السوي وتجنب ظهور المشكلات التي قد تعطل مسار هذا النمو ومن أهم الاعتبارات ما يلي:

• على الوالدين أن يدركا أن إقامة علاقة مستقرة بينهما وبين الطفل وإعطاء الطفل الصغير أكبر قدر ممكن من الحب والحنان والشعور بالأمن النفسي خلال السنوات الأولى من عمره، أمر ضروري لصحته النفسية ونموه وتطوره الطبيعي بكافة جوانبه بما في ذلك تطوره اللغوي.

فقد كشفت التحريات الإكلينيكية التي تراكمت خلال الربع الأخير من القرن العشرين، أن نوع العلاقة التي يقيمها الطفل الصغير مع والديه وبصفة خاصة مع أمه خلال لشهور القليلة الأولى من عمره عن طريق عملية التغذية وعبرها تحدّد بقدر كبير تطوره بكافة جوانبه بما فيها التطور اللغوي، وتترك أثراً بالغاً على ذلك التطور لئذا كانت تلك العلاقة دائمة فإنها تمنح للطفل شعوراً بالأمن النفسي وتساعد على القيام بكافة العمليات الحيوية كالتنفس والحركة والطعام وإصدار الأصوات بطريقة طبيعية وأكد كثير من العلماء على الطبيعة الاجتماعية للأصوات المبكرة التي يصدرها الطفل، وأشاروا إلى أن إصدار تلك الأصوات بطريقة صحيحة يتوقف على إقامة علاقات إيجابية مع الراشد في البيئة المحيطة بالطفل، الذي يحبه الطفل ويتعمق به بالإضافة إلى ذلك، يبتدئ بعض التحريات الإكلينيكية أن الطفل الذي يعاني من الإهمال والخمرمان بدرجة كبيرة والذي تضطرب علاقته مع البالغين من حوله، يكون أكثر عطاشاً في تعلم الكلام كما أن هذا النوع من الأطفال يكون قلقاً ولا يشعر بالقدر الكافي من الأمن ويعاني من الكف والإحباط.

وتنسر الأهمية الحيوية للرابطة القوية مع الأم كثيراً من استحقاق المعرفة حول لتطور اللغوي للطفل مثل تفوق الطفل الوحيد الذي يحتل أكبر قدر من حب ورعاية الوالدين وكذلك التأخر البالغ للأطفال الذين يشأون بالأممسات ودور اترعية

مع بلوغ الطفل حوالي ثلاثة أشهر يبدأ في تنعيم الأصوات، التي يصدرها والتي كانت قبل ذلك مقتصرة على الصراخ Crying وفي إصدار مقطع متكررة ومتشابهة مثل: ماما، بابا وغيرها وبذلك تبدأ لديه مرحلة المناقاة عند هذه المرحلة من مراحل التطور اللغوي على الأم أو من يرضي الطفل أن يشارك الطفل في نشاطه اللغوي هذا بأن يكرر نفس المقاطع التي يرددتها الطفل مراراً وأن يشجعه ويحثه ويستثيره على الاستمرار في هذا الأداء وعلى الأم أن يدخل مع الطفل حوار مشترك ومتبادل حيث يصدر الطفل الصوت وتكرره الأم وهكذا فمن شأن هذا التشجيع والبحث أن يجعل الطفل يؤدي هذا العمل المعرفي ويكرره، نظراً لأن هذا التشجيع يكون بمثابة التعزيز Rounforcement الخارجي الضروري لعملية التعلم.

بالإضافة إلى ذلك، فإن هذا التعزيز يساعد على تطوير عملية المناغاة وتحسينها من مجرد لعب عشوائي يصاحب نشاط الطفل إلى سلوك التقليد المقصود له منطلقه الرائد آدم الطفل من كلمات وهو تطور أساسي ومهم لاكتساب اللغة في المراحل التالية، والذي يتم عن طريق قيام الطفل بتقليد الكلمات التي يستخدمها الراشد. وأخيراً فإن قيام الأم باستثارة الطفل وحته في مرحلة المناغاة تشكل بدايات التفاعل الاجتماعي Social Interaction المتبادل بين الطفل للبيئة الاجتماعية من حوله، ولذلك فإن له أهمية خاصة في المراحل التالية لتحقيق التوافق الاجتماعي مع المحيطين به.

على الرغم من أهمية حث الطفل واستثارته وتشجيعه على المنغاة وإصدار الأصوات وغيرها من أشكال السلوك اللغوي عن هذه الأعمار المبكرة لا أنه من الضروري أن يعرف الوالدان أنه يكاد يكون من المستحيل على الطفل الصغير أن يردد عسى إصدار أصوات أو نطق كلمات دون أن يكون جهازه العصبي وجهاز الكلام لديه ناضجاً وقادراً على إصدارها تلقائياً أي أنه من المستحيل أن يقلد لطفل صوتاً لم يصدره هو في مناغاته التلقائية نتيجة لذلك يكون على الوالدين أن يكررا الأصوات التي سمعا الطفل يصدرها، إلى أن يتضح جهاز الكلام لديه وجهازه العصبي ويصبح قادراً على التقليد بعد ذلك.

وعلى الوالدين أن يقدموا أكبر قدر ممكن من المثيرات الحسية الموجهة للطفل وأن يعرفوه تلك الحركات والمثيرات التي تستثير حواسه المختلفة، سواء النظر أو السمع أو اللمس أو غيرها من الحواس. يمكن القيام بذلك عن طريق عرض مختلف أنواع اللعب التي تتحرك والتي تصدر أصواتاً، وذات الألوان المختلفة وكذلك للأغاني والموسيقى. فمثل هذه الاستثارة الحسية ضرورية لحث الطفل، وتشجيعه على ممارسة السلوك اللغوي المميز للمناغاة واللمب

مع بداية نطق الطفل للكلمات الأولى، والذي يحدث في المعتاد بلوغ الطفل لعمه الأول ومراعاة الفروق الفردية، يلاحظ أن الكلمات الأولى التي ينطقها الطفل مقلداً للراشدين تكون غير سليمة ولا تزيد عن كونها مجرد تقليد تقليبي لتلك الكلمات وينطق على لغة الطفل عند هذه المرحلة اسم «الكلام الطفلي» Baby Talk.

و للملاحظ أن كثيراً من الأهل يعجبون بهذا الكلام الطملى ويكرره مراراً
لطف واستحساناً للدرجة فعمل للطفل يكرره ويثبت عليه إلى أن يصبح عادة يصعب
على الطفل التخلص منها، وقد تؤدي إلى عيب من عيوب الكلام إذا لم تصحح.

والشرع لهم في هذه المرحلة أن يتتبع الوالدان إلى ضرورة أن يكون نطقه
للكلمات دائماً بطلاً سليماً، وأن يحرصا على ذلك ويصرأ على نطق الكلمات
دائماً نطقاً صحيحاً وعلى الوالدين ألا ينساقا وراء الطفل بتقليد وتكرار كلامه،
إلا أن الشرع الأصغر المهم أن يقوم الوالد بالنظر الصحيح دون ضبط على الطفل أو
استهزاء به ودون توبيخ له، فقط ينطق الكلمة نطقاً صحيحاً في كل مرة. والهدف
من ذلك أن يقدم الوالدان للطفل النموذج اللغوي الجيد ليقلده مع مراعاة عدم
الاستهزاء بالطفل عند نطق الكلمات بطريقته الطفولية الخاصة.

بعد نطق الكلمات القليلة الأولى وبداية استخدام الطفل للغة الصحيحة عند
حوالي عام ونصف على وجه التقريب يدخل الطفل في مرحلة لغوية جديدة يطلق
عليها مرحلة أو فترة «تسمية الأشياء» Naming Objects.

مسجد أن يكشف الطفل أن لكل شيء حوله اسماً خاصاً به، يصحح البعض
شعوراً ومشوقاً لمعرفة أسماء جميع الأشياء من حوله وعلى الوالدين عند هذه
المرحلة أن يجيبا على جميع الأسئلة التي يوجهها الطفل لمعرفة أسماء مختلف
الأشياء الموجودة حوله وغيرها من الأسئلة، وعلى من يرافق الطفل أن يجيبه على
جميع تلك الأسئلة بوضوح تام ولغة سليمة، وعليه ألا يهمل تلك الأسئلة أو يقل
من كثرتها أو يرفض الإجابة عليها، فاكساب أسماء الأشياء في هذه المرحلة المهمة
يؤدي إلى الإسراع في معدل التطور اللغوي للطفل، وزيادة حصيلة اللغوية، أي
العدد الكلي للكلمات التي يعرفها ويستخدمها الطفل.

على الوالدين خلال السنوات الأولى من عمر الطفل أن يحرصا على تعريضه
لأكبر قدر كبير من المفردات المتعددة والريارات والرحلات للأماكن الجديدة عليه
المختلفة والتي توجد بها مشيرات متنوعة ومتجددة

تعريض الطفل للخبرات الجديدة التي تزيد من مداركه وتوسمها ثري من
خبرات الطفل ويكون لها آثاراً كبيرة على تطوره اللغوي وزيادة الحصيلة اللغوية.

على الوالدين أن يحرصا حرصاً شديداً على قضاء أكبر قدر ممكن من الوقت مع الطفل الصغير والاشتراك معه في نشاطاته وزيادة حجم التفاعل الاجتماعي معه خلال السنوات المبكرة الأولى من عمره وعليهما أن يحرصا كذلك على تحقيق ثبط تفاعلي للحياة الأسرية، وذلك بالحرص على تناول الوجبات مع الطفل، وعلى التحدث معاً ومناقشة مختلف الموضوعات أثناء هذه الوجبات وغيرها من الأوقات، وعليهما أن يحرصا بعناية خاصة على أن يشارك الطفل في هذه المناقشات وأن يأخذ دوراً في الحوار فقد وجد أن السط التفاعلي للحو الأسري هو السط الذي يزيد من سرعة لتطور اللغوي للطفل ويكسبه العديد من المهارات اللغوية.

هنا عكس النمط الإنمائي الذي لا يشجع على التفاعل الاجتماعي داخلى الأسرة والذي يكون له أثر سلبي على التطور اللغوي للطفل بالإضافة إلى ذلك يجب على الوالدين أن يلاحظا أن وجودهما لفترات كافية مع الطفل خلال السنوات الأولى من الطفولة شيء مهم لتطوره اللغوي وذلك لأنهما يقدمان له النموذج اللغوي الجيد لتقليد.

الطفل الذي يرافق الراشدين لفترات طويلة من يومه خلال العامين الأولين من عمره يكون تطوره اللغوي وحصيلته اللغوية وكافة المؤشرات الأخرى المتصلة على تطوره لغوي أفضل بكثير من الطفل الذي يترك طوال الوقت للعب مع إخوته يجب أن يتنبه الوالدان في الوقت الراهن إلى أنه في حالة شعورهما بأن طفلهم قد تأخر في التعلق أو أنه يعاني من إحدى مشكلات الكلام مثل التأتأة أو غيرها من المشكلات عليهما ألا تذكر ما يلي:

- التطور اللغوي يتأخر وفي كافة أبعاده عن التطور اللغوي للإناث (مع مراعاة الفروق الفردية).
- تأخر الكلام أو وجود عيب من عيوبه لا يعني على الإطلاق أن الطفل سيكون أقل ذكاء.
- بعض مشكلات الكلام، كالكلام الطعنى والتأتأة تحدث بشكل طبيعي وتعتبر من ضمن المراحل التي يمر بها التطور اللغوي السوي والطبعي للطفل فالكلام الطفلي يعتبر مظهراً طبيعياً وامتداداً لعدم نضج جهاز

الكلام لدى الطفل الصغير، كما أن الثبات التي تقع فيما بين عام ونصف وثلاثة أعوام ونصف تعتبر كذلك مظهراً طبعياً لتكون معدل تفكير الطفل ينمو معدل تطوره اللغوي لذلك يفكر الطفل قليلاً قبل أن يطق بالكلمات.

- بعض المواقف قد تؤدي إلى ظهور هذه المشكلات مثل ولادة أخ جديد للطفل أو التحاقه بدار الحضانة أو الروضة أو وفاة شخص عزيز وهي مواقف صعبة على الطفل الصغير تؤدي إلى اضطرابه انفعالياً، وقد تظهر حلالاتها بعض مشاكل الكلام كتعبير عن عدم التوافق والقلق والتوتر.
- أن تشجيع الوالدين للكلام الطعنى واستجابته قد يؤدي إلى جسر الطفل هلاً يكف عنه كما إن إهمالهم في تصحيحه هو الذى يجعله يستمر لعدم وجود النموذج اللغوي الجيد للتقليد.

على كل حال على الوالدين أن يسيرا في الخطوات التالية إذا تقابلا بسبب تأخر طفلها في الكلام:

- ١- التحقق من سلامة سمع الطفل عن طريق قياس السمع لدى أخصائى السمع
- ٢- الكشف القصى على أعضاء الكلام والجهاز العصبى لدى الطبيب المتخصص.
- ٣- قياس ذكاء الطفل على يد متخصص فى القياس العصى وباستخدام اختبار مقنن للذكاء، لاستبعاد حالات العقل.
- ٤- البحث عن مظاهر دالة على مشكلات سلوكية والتنبيه لها من أمثلة ذلك التبول الليلى. والمخاوف والعدوانية ومشكلات الأكل بالإخراج وقضم الأظافر وغيرها من المشكلات فى المعتاد لمشكلات الكلام.
- ٥- البحث عن الضغوط التى يعاني منها الطفل مثل ولادة أخ جديد، له أو ذهابه للروضة لأول مرة، أو عدم استقراره واضطراب علاقته بأحد الوالدين.

٦- عرض الطفل على أخصائى التخاطب.

على الرغم من التأكيد على أنه لا يجب على الوالدين إبداء القلق لرؤى على وجود مشكلة للكلام والتسرع بوصف الطفل بأنه "طفل لديه مشكلة" وعدم استشارة قلقة بشأنها، إلا أنه من الواجب على الوالدين فى نفس الوقت ألا يهملوا هذه المشكلة ويسرعا فى اتخاذ كافة الإجراءات السابق توضيحها. ويرجع السبب لى ذلك لأهمية التدخل المبكر.

ولا يقتصر السبب فى ذلك لكون تلك المشكلات قد تصبح عادات مع مرور الوقت يصعب التخلص منها والتغلب عليها، وإنما يتعدى ذلك لما يمكن أن ينتج عنها من آثار سلبية عموق التوافق النفسى والاجتماعى

سادساً- مراحل الكلام

يتيح الكلام بعد سلسلة من العمليات المعقدة التى يقوم بها الإنسان شكل آلى، يبدأ بالسمع، ويمر بعمليات داخلية عبر أجهزة الكلام المختلفة إلى أن يخرج الكلام واضحاً مسموعاً.

فالمهم الواضح للأغية التى يتيج من خلالها الكلام يساعدنا فى فهم أفضل لطبيعة الإضطرابات الكلامية، واللغوية، وأن إنتاج لغة منطقية، أو مكتوبة مفهومة. وذات معنى يعتمد على النظام البيولوجى للإنسان، وخصائصه المختلفة

والكلام عند الإنسان يرتبط حدوثه ببعض الآليات بالجهاز النفسى، من خلال محرى هوائى متحرك بجري خلال فراغ ضيق فى البلعوم، أو الفم، أو الأنف، وكون المجرى الهوائى متحركاً يستلزم وجود باعث على الحركة، لذلك يرتضى الحجاب الحاجز والمضلات الصدرية.

وتنكمش الرئتين إلى حجمها الطبيعى مما يؤدى إلى طرد وإندفاع الهواء من الرئتين إلى الخارج، وهذا ما يعرف بعملية الرفير، وبذلك تكون الرئتين هم مصدر مجرى الهواء، وهما الباعث على حركة هذا المجرى الهوائى.

فالكلمة هى رنين المصوت الفونيسى المطوق المسموع، أو هى رنين أصغر لوحدات الصوتية الكلامية الأولية الصادرة من الفم نتيجة لعمله واشتراك أجهزة،

وأعضاء اللسان، والكلام والصوت الكلامي هو المراحل الزمنية الفسيولوجية الأساسية الاربعة اللازمة لإتمام عملية الكلام حيث يتم في المرحلة الأولى اتبعاث الصورة الذهنية العقلية الرمزية في اللسان (Symbolization)، وفي المرحلة الثالثة إنتاج أصوات القوّنيمات (Articulation)، وهكذا نجد أن المتكلم قبل البدء في الكلام يقوم بعمل سلسلة من العمليات العقلية، والعضوية والنفسية.

وسين Stonest (١٩٨٩) إن كل كلمة منطوقة بقلبها حالة وعي، أو إدراك خاص، فالكلمة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمثلها، وهذا الارتباط يبدأ من الكلمة إلى التمثيل، وقد يكون العكس من ذلك أي من التمثيل إلى الكلمة، فما أن تسمع الكلمة حتى تمت الصورة الذهنية في الحال داخل ذهن الفرد، وعلى العكس من هذا إذا اتبعت الصورة الذهنية داخل العقل يثير الكلمة، ولو لم تطلقها أعضاء لسانك

ويوضح النحاس (٢٠٠٦) أن مراحل إصدار الكلام هي:

- إنتاج هواء الزفير خلال فسيولوجية جهاز التنفس.
- إنتاج صوت القوّنيم من خلال فسيولوجية الحنجرة والشايد الصوتية
- إنتاج صوت للقوّنيم من خلال فسيولوجية أعضاء اللسان، والحنجرة الصوتية.
- يتحول صوت القوّنيم إلى أصوات وألفاظ الكلام.
- ويذكر عبد الفتاح (٢٠٠٨) أن الكلام يمر بعدة مراحل ليصل للأحريين وهي:
- مرحلة الاستقبال: عن طريق جهاز السمع.
- مرحلة المعالجة: التي تتم في المخ.
- مرحلة الإرسال: (ممارسة الكلام).
- ويضيف حبيب (٢٠٠٧) أن عملية الكلام تمر بمجموعة من المراحل هي:
- استقبال الأصوات والوهي بها وتمييزها وإدراكها.
- المعالجة الأولية عن طريق حاسة السمع ويتم تحويل المثيرات الصوتية

إلى تيمرات كيميائية، ونيضات عصبية ينقلها العصب السمعي إلى مخ حيث مرحلة المعالجة الأساسية التي يتم فيها تسجيل ولهم واحتران هذه النبضات العصبية.

• ممارسة الكلام من خلال أجهزة الطق فتظهر الأصوات، ومقطع الصوتية، والكلمات المفردة، والحمل البسيطة، والكلام المستمر كما يشير العزة إلى أن الكلام عبارة عن عمل حركي، ولذلك فهو يحتاج إلى التنسيق بين أربع عمليات رئيسية هي:

- ١- التنفس. وهي ذلك توفير التيار الهوائي اللازم للنطق.
- ٢- إخراج الأصوات: أي إخراج الأصوات بواسطة الحنجرة، الأحبال الصوتية
- ٣- رنين الصوت: أي تغيير الموجة الصوتية نتيجة حركة الشببات الصوتية، واتلاء أعلى الحلق بالهواء.
- ٤- نطق (الحروف): أي استخدام الشفاه، واللسان، والأصان. الحلق لإخراج لأصوات المحددة اللازمة للكلام.

وتوضح واء البية (١٩٩٤) أن هناك بعض الكلمات عند المتكلم وعبد السمع تكون مرتبطة بصورة ذهنية عقلية لغوية لا تكتسب وجوداً حقيقياً مجسداً بصورة طبيعية إلا من طريق الكلام، فالصورة الذهنية الإيجابية تنتج دفعة تنفسية رقيقة قوية تساعد على إحداث الصوت الكلامي الصحيح، والصورة الذهنية السلبية تنتج دفعة تنفسية زفيرية ضعيفة ومضطربة، تؤثر على إصدار الصوت الكلامي بشكل مضطرب، يترجم الكلام بوضوح اختلال الفسيولوجية ولتنفسية للمتكلم حيث تؤثر الاختلالات المختلفة على أجهزة وأعضاء الكلام، ولذلك يتأثر الكلام تأثيراً مباشراً للحالة النفسية للمتكلم.

كما سبق يتضح أن الكلام عملية معقدة تعتمد على العديد من الآليات الداخلية المتداخلة كالمعهم، والإدراك، ونسبة الذكاء، وسلامة أعضاء النطق، والكلام جميعاً، ومخارج الحروف، والكلمات، وأيضا سلامة الفرد نفسياً، واجتماعياً،

كما أن تعرض الفرد لأي خلل عضوي، أو مؤثرات نفسية، واجتماعية قد تؤدي بالتالي إلى اضطرابات الكلام مما يعنى إعاقة تواصله مع الآخرين، وبالتالي قد يتأثر الفرد جراء هذه الاضطرابات نفسياً، واجتماعياً إلى الدرجة التي تتطلب التدخل الطبي، والنفسى لمساعدته في التعامل مع هذه الاضطرابات.

الفصل الثاني

اضطرابات اللغة والكلام

أولاً - مفهوم اضطرابات اللغة والكلام.

ثانياً - أنواع اضطرابات اللغة والكلام ومظاهرها.

ثالثاً - نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام.

الفصل الثاني

اضطرابات اللغة والكلام

مقدمة

شهدت دراسة اضطرابات اللغة والكلام عند الأطفال تطورات كبيرة مؤخراً، تتمثل بأساليب وفرضيات دراسة ومعالجة هذه الاضطرابات حيث بدأ الاهتمام بالكثير لدى الباحثين في هذا المجال باللجوء إلى التحليل الوصفي، وفرضيات لسيرية العمولوجية، لدراسة مشكلة الاضطراب اللغوي ومعرفة أسبابها، واتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجتها.

وتعتبر اضطرابات اللغة والكلام من أحدث ميادين التربية الخاصة وأسرعها تطور وذلك بسبب الاهتمام الزائد من قبل الوالدين والمهتمين بمشكلة الأطفال الذين يظهر عن مشكلات لغوية وكلامية.

ويتفق معظم علماء النفس على أن مجال اضطرابات اللغة والكلام من أهم المجالات التي كان إيقاع التطور فيها مطرداً ومتعاقماً خلال فواخر القرون الماضية حيث إن اضطرابات اللغة والكلام تعد من الاضطرابات التي تؤثر في مجالات الحياة المختلفة وتلازم الطفل في مواقفته الحياتية المختلفة.

ودرس اللغة وشأنها هي إحدى تطبيقات علم النفس اللغوي أو سيكولوجية للغة The psychology of language كما أن نظرية تشومسكي في النحو التوليدي (التحويلي) generative transformations—syntax هي أول من دفع علماء النفس إلى إعادة النظر في تدخل الكلى لدراسة السلوك المعنوي وكانت مؤشراً لفورة النفس لغوية وزيادة الاهتمام بعلم النفس اللغوي (Psycholinguistic)، فيكون وجهة اللغة هي ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يهتم بدراسة العلاقة بين علم النفس وعلم اللغة والذي يعتبره علماء النفس واحد من أهم فروع علم النفس

ويؤكد يجمع علماء النحس على أن تحديد موعد دقيق يتطوّر فيه الطغس أولى كلامات حياته هو أمر عسير، ولكن معظم الملاحظات تشير إلى أن الشهرين لحدى عشر والنسب عشر من السنة الأولى هما بداية ذلك بالنسبة لطفل العادى، ولكن النطق قد يتأخر ليصل إلى ١٥ شهراً أحياناً وهذا لا يدهو إلى القلق، لكن أذا تطوّر نطق الطفل فى مرحلة الطفولة المبكرة، قد يضطرب نطقه، ويعانى فيه من مشكلات، وهنا تطهر الفروق الفردية بين الأطفال، فبينما قد تجهد بعض الأطفال يستطيعون نطق جميع الأصوات الساكنة فى عمر الرابعة، إلا أن البعض منهم يتأخر إلى ما بعد ذلك، إذ أن نطق أجهزة النطق والجهار المعصبى قد تنفصت من طفل إلى آخر (البيلاوى).

وقس أن نبدأ فى تعريف اضطرابات اللغة والكلام وخصائصها وأنواعها تشخيصها ثم علاجها لا بد أن نلقى نظرة تاريخية عامة عن نشأة وتطوّر علاج عيوب اللغة والكلام

إن مشكلة الإضطرابات اللغوية الكلامية، لها تاريخ حيث ساهم الكثير من العلماء فى تطوّر علاج إضطرابات اللغة والكلام، وتقديمه، والذي يشمل تشريح وظائف أعضاء الكلام إلى جانب دراسة سمعيات وإدراك الكلام والمعة والذكورة، كما يهتم لتحصصون فى علاج اضطرابات اللغة والكلام بإضطرابات الكلام وأسبابها وطرق علاجها، ومن أوائل الباحثين فى هذا المجال هون كمبلين والدى صمم عام ١٧٧٨ أول جهاز لتحليل تردد الأصوات كما تعتبر العيادة الإكسيكية لعلاج إضطرابات الكلام التى أنشأها كون بلانينا عام ١٨٨٦ من أوائل العيادات المتخصصة لعلاج إضطرابات اللغة والكلام ويرجع الفضل للعالم الأمدى هيدمونر ١٨٢١ فى وضع مبادئ طبيعة الكلام مثل تشكيل الهواء الخارج من الأحبال الصوتية وتوافقيات الحروف ومهمة البلعوم والجيوب الأنفية، كما كان جهود عالم الصوتيات الإنجليزي هنرى سويت، ١٨٤٥ أكبر الأثر فى تطور علم الصوتيات فهو أول من وضع الأبجدية الصوتية العالمية والتى نشرها عام ١٨٧٧ فى كتابه Hand Book of phonetics وأول من وضع وطوّر مقياس للسمع Audingram هو لعالم الهولندى ألكسندر جراهام بل ١٨٤٧، وفى عام ١٩٥٩ أنشأ أول قسم خاص لعلاج عيوب الكلام فى جامعة نيوكاسل.

وفي أيرلندا بدأ علاج أمراض الكلام عام ١٩٤٥ وفي عام ١٩٦٦ أظهر مسح مدى قامت به وزلوة الصحة بها أن ١٪ من طلاب المدارس يحتاجون لحصص تعاطب (رشاد، ٢٠٠٣).

لا أننا نعتني من نقص وأصبح في الإحصائيات الحديثة في مجتمعنا التعرف بدقة على نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام خلال المراحل العمرية المختلفة، وأهمها على وجه التحديد مرحلة الطفولة المبكرة، حتى تتمكن من إجراء التدخل المبكر المناسب لكل حالة.

أولاً- مفهوم اضطرابات اللغة والكلام

تعد اضطرابات اللغة والكلام أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء في حركة الفم والشفاه ولسان أو عدم تسلسلها بشركة مناسب.

ومن الواضح أن في سن الطفولة المبكرة تختلف لغتهم عن لغة الراشدين، إذ أنها تتميز بثلاثيات مختلفة وتدل معايير النمو على أن الطفل العادي يستطيع أن يتحدث تماماً من العيوب اللغوية فيما بين الرابعة والسادسة وإذا لم يتخلص منها في هذه السن كان مضطرباً في كلامه.

وقد عرف Pomeroy (١٩٨١) اضطرابات اللغة والكلام بأنها «عدم قدرة الطفل على نمرة الكلام بصورة عادية تناسب عمره الزمني وبوعه، وقد يمثل ذلك في صعوبة نطق أصوات الكلام أو تركيب الأصوات مع بعضها لتكوين كلمات مفهومة. أو عدم تركيب الكلمات في صورة جمل مفهومة، عدم استخدام الكلام بصورة فاعلة في عملية التواصل مع الآخرين» (عبد العزيز الشحص، ١٩٩٧).

ويعرف اضطرابات اللغة والكلام بأنها «اضطراب طويل المدى في إنتاج الكلام أو في إدراكه وبالتالي فإن الكلام المضطرب هو الكلام الذي ينحرف عن كلام الآخرين، ويكون لافتاً للانتباه بسبب سوء التوافق بين المتكلم وبيئته الاجتماعية وقد تكون هذه الاضطرابات ذات أساس عضوي أو وظيفي».

وقد عرف بالمرو وينتيس Palmer & Yantes (١٩٩٠) الكلام المضطرب بأنه استجابة كلامية تختلف بدرجة ملحوظة عن الاستجابات الكلامية الشائعة بين الأفراد من حيث الخصائص الصوتية المسموعة المعتادة.

أما فيصل الرزاد (١٩٩٠) فيعرف إضطراب اللغة والكلام بأنها «اضطراب يتعلق بمجرى الكلام أو الحديث، ومحتواه، ومدلوله، ومعناه، وشكله، وسبق وترابطه مع الأفكار والأهداف، ومدى فهمه من الآخرين، وأسلوب الحديث، والألفاظ المستخدمة، بمعنى أنها تدور حول محتوى الكلام ومفراه ونسجته ذلك مع موضوع العقل والنفوس والاجتماعى للفرد المتكلم»

ويعرف عبد العزيز للشخصى والدماطى (١٩٩٢) اضطرابات اللغة والكلام بأنها: «عدم قدرة الفرد على إصدار اللغة بالصورة السليمة، وذلك نتيجة لمشكلات فى التناسق العضلى، أو عيب فى مخارج أصوات الحروف، أو الضعف فى الكفاءة الصوتية، أو لوجود أى خلل عضوى».

أما مهمل Muhl فيشير إلى أن «كلام الفرد بعد مضطرباً إذا انصرف اهتمامه عما يقول بحيث يركز على كيفية نطق الأصوات الكلامية وطريقة التعبير عن الأفكار» (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٧).

وأيضا عرف أرام Aram اضطرابات والكلام بأنه «سلوك لغوى مضطرب يعود إلى تعطيل وظيفة معالجة اللغة، التى تظهر على شكل أنماط مختلفة من الأداء، وتشكل بواسطة الظروف المحيطة فى المكان الذى تظهر فيه وأخرون

والكلام غير السوى هو الكلام الذى يتصرف عن كلام الآخرين بدرجة تجذب الإنتباه. ويعوق الاتصال، أو يسبب حالة من الضيق والتوتر للمتحدث، أو لستمع أى أنه يمثل نتيجة الكلام، ولا يرجع لأسباب خاصة بأعضاء الجسم، وعليه فإن الكلام المضطرب هو الذى يكون غير واضح، وغير مفهوم للسامع، ويسبب سوء التوافق بين المتكلم.

يتضح مما سبق على أن اضطرابات اللغة والكلام تتعلق بمجرى الكلام، وشكله، وسياقه، وترابطه، ومدى فهم الآخرين له.

وأنها عبارة عن انحراف الكلام عن المدى المقبول للكلام العادى، أو استجابة كلامية تختلف بدرجة ملحوظة عن الاستجابات الكلامية الشائعة بين الأفراد من حيث الخصائص الصوتية المسموعة.

ثانياً أنواع اضطرابات اللغة والكلام ومظاهر كل منها:

تعتبر اللغة وسيلة هامة للتواصل الاجتماعي، وأنطلاقة اللسان من ما تتميز به الشخصية الناجحة، ولكن قد تمتع هذه الانطلاقة اضطرابات اللغة والكلام، ويمكن أن تقسم هذه الاضطرابات إلى:

١- اضطرابات النطق.

٢- اضطرابات الكلام.

٣- اضطرابات الصوت.

وسنمعرض هذه الاضطرابات بشكل عام ثم سنعرض لاضطرابات ثنائياً ولنعمم بالتفصيل.

(١) اضطرابات النطق

تظهر على أنها صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة لصحيحة وتحدث في الحروف المتحركة أو الساكنة وتعتبر عيوب لطق أكثر أشكال الاضطرابات شيوعاً ومن هذه العيوب:

أ- الحذف Omission: يحدث الطفل صوتاً ما من الأصوات التي تنصحبها الكلمة ثم يطق جزءاً فقط، وقد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت فيصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق

ب- الإبدال Substitution: حيث يتم إصدار صوت غير مناسب بدلاً من لصوت المرغوب فيه كاستبدال (س) بحرف (ش، ث) أو استبدال (ر) بحرف (و) مثال: خروف بدل حروف، وهو ما يعرف باللمعة، ولعدم عيوب الإبدال أكثر شيوعاً في كلام الأطفال صغار السن وبين عيوب النطق الثمائية.

ج- التحريف Distortion: يصدر الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يظل قريباً من الصوت المرغوب فيه، وقد يعود ذلك لأن الهواء يأتي من المكان غير الصحيح أو لأن اللسان لا يكون في الوضع المناسب

وينشر هذا النوع من الاضطرابات بين الأطفال الأكبر والراشدين أكثر من الصغار

د- الإضافة Addition: ينطق الطفل للكلمة مع زيادة صوت ما إلى النطق لمصحيح وهي أقل الميوب انتشارا.

(٢) اضطرابات الكلام:

لا شك أن الكلام من أهم وسائل التواصل بالأعرجين ويستدعي كونه هذه توافقات عصبية دقيقة، يشترك في أدائها الجهاز التنفسي لتوفير التيار الهوائي للنطق، وإخراج الأصوات بواسطة الحنجرة، والأحبال الصوتية وليكنيزم السمع للتمييز بين الأصوات والمخ والجهاز العصبي السليم وتطلق حروف استخدام الأسنان والشفاه وسقف الحلق والحنك والرخو والامت.

أ- التأتأة Stuttering: احتباس في الكلام يعقبه انفجار للكلمة بب شمس انعطال مضطربة بعد معاناة تتمثل في حركات ارتعاشية وتعتبر طبيعية من عمر ٢- ٥ سنوات بعد ذلك تحتاج لبرنامج علاجي نفسي وكلامي أشكالها

- تكرار الحرف أو الكلمة عدة مرات
- التوقف المماجع والطويل قبل نطق الحرف أو الكلمة ثم نطقها دفعة واحدة
- إطالة لفظي بالحرف قبل الذي يليه.

أسبابها

تعود في الغالب لمرحلة الطفولة المبكرة حيث يتأثر الطفل سلباً من محبة الزائدة أو الحرمان العاطفي وتضارب أساليب التربية داخل الأسرة والشفاه للمثالي وكثرة المخاوف والسمية التي تعرض لها الطفل.

ب- التأتأة: وهي عدمطلاقة في سبولة الكلام بشكل يلفت النظر، مما يعيق التحدث مع الآخرين، والتأتأة يكرر حرفاً أو مقطعاً بشكل لا إرادي،

مصحوباً بانحطاب في التنفس وحر كآب في اللسان مما يسبب له الخجل والارتباك والعملة وتنتشر لدى الذكور أكثر من الإناث.

ج- اللثغة Stammering. وهي استبدال حرف به حرف مثال: ساحة (ذاعة) كورة (تورة) ومرد ذلك عامل التقليد أو وجود تشوهات في الفم والأسنان أو بسبب عوامل نفسية أو اجتماعية

د- الصرصة الزائدة هي الكلام Clustering: يكون الكلام مضغوطاً يعتمد على المستمع فهم ما يقال، لعدم وجود تناسق بين الناحية العقلية والناحية اللفظية، ويكون العلاج بتطعيم عملية التفكير لدى المريض بمرض صرصة أدمه وعليه أن يراعى لترتيب المنطق أثناء عرض الأحداث الواردة فيها

هـ- تأخر الكلام: يدخل عامل الوراثة والقدرة العقلية والسمعية وطبيعة العائلة وعامل الجنس دوراً في تأخر الكلام، فالتأخر أكثر تقدماً في عملية الكلام بسبب فترة الوقت الذي تقتضيه البنت بجانب أمها أكثر من الذكور الذين يتصرفون للعب.

و- الحبسة Aphasia: تتأثر بعض مراكز اللغة في الدماغ نتيجة انحصار للحوادث أو انسداد في شرايين الدماغ مما يؤدي إلى ما يعرف بالحبسة وتحلى بفقد القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوقة منها أو عدم القدرة على إيجاد الأسماء ومراعاة القواعد النحوية، ومن أنواعها: الحبسة اللفظية والحبسة وانسيابية والكلية.

• عصر الكلام (أبوا كسبيا) عدم التحكم وإنتاج الكلام نتيجة عدم القدرة على التنسيق بين الجهاز العصبي والمغلي. مثل حالات الشلل الدماغي حيث يجب التدريب المستمر لأعضاء الحلق التي يصعب تحريكها بالاستعانة بأعضائي الشفاه والعلاج الطبيعي، وفي بعض الحالات يصعب الوصول إلى نتيجة مرضية فضلاً إلى وسائل التواصل البديلة كالإشارات.

٢٠ اضطرابات الصوت:

ويتضمن أي اضطراب يختص بعلو الصوت أو انخفاضه أو خشونه بشكل غير سوى ويمكن أن نحدد هذه المشكلات بما يلي:

أ- مشكلات في التعيم الصوتي كالصوت المرتعش أو الخافت والرتيب

ب- مشكلات في شدة الصوت كالصوت الخشن والصوت الطففي وحة الصوت

ج- لحمضنة Rhinollalia. وهو خروج الكلام من الأنف بصورة مشوهة غير مأثورة، فيسقط حرف (الميم) بآء أو هاء، بسبب وجود فجوة في أعلى الحنجرة أو سد فتحات الأنف.

ويوجد تصنيف آخر للإضطرابات النطق والكلام على النحو التالي:

١) اضطراب تشوش اتسياب الكلام Cluttering Disorder

هو فقدان الطفل القدرة على تتابع الكلام بإيقاع ومعدل متوازن مفهوم بحيث يبدو يقاع الكلام سريعاً وشاذاً بطريقة تعوق وضوحه، مع ظهور ترتيب محوطة خاطئة، وانعجارات للكلام بمجموعات من الكلام لا تمت إلى التركيب المعنى للحكمة، ويكون الطفل غير واع يعيوب التواصل لديه، ويهدف بعض المقاطع أو يستبدلها، ويخطئ في التعبير اللفظي، ولديه زلات لسان تفسد ترتيب جملة المعنى السليم.

وهذا الإضطراب يبدأ لدى بعض الأطفال في الفترة العمرية ٥-٨ سنوات، وتظهر شدته تحت تأثير الضغوط النفسية. أما إذا ظهر في عمر العامين أو أكثر فليلاً فيعتبر الأمر ليس باضطراب، أو ما يسميه البعض اضطراباً طبيعياً لانسياب الكلام، ويختلف هذا الإضطراب عن الثأثأة وأقل منها في نسبة انتشاره بين الأطفال

أسبابه

حتى الوقت الحاضر لم تكتشف أسباب محددة، ولكن انتشاره بين أفراد الأسرة أو حصة عن عامة الناس يشير إلى عوامل وراثية.

أساليب التعامل على اضطراب تشوش انسياب الكلام

ما يقرب من ٦٥٪ من الأطفال الذين يميزهم هذا الاضطراب يتم وصولهم إلى المستوى الطبيعي للكلام مع بداية المراهقة.

ولكن إذا صاحب هذا الاضطراب متغيرات أخرى مثل الاكتئاب أو الاطوائية والعزلة لزم الأمر علاجاً نفسياً للطفل. إن لم يكن إرشاداً أسرياً.

(٢) البكم المتعمد Elective Mutesm

يعتمد فئة من الأطفال عدم الكلام، أو التوقف عن الكلام فيفضل الصمت وعدم التحدث وعدم الاستجابة لأي حوار، وعدم الإجابة على أي سؤال هو الظاهر على الطفل على الرغم من أنه كامل الوعي ومطلق الحرية والإرادة، وغالباً ما يكون لطفل مصحى الرأس لا يعلق فيمن حوله، تافراً إلى الأرض أو إلى أي اتجاه بعيداً عن محاول التحدث إليه، وربما حجب وجهه وعينه بيديه أو مرفقيه أو يتواصل بواسطة الإيماءات أو مقاطع كلامية مختصرة، والطفل الذي يمارس البكم المتعمد له مستوى طبيعي من الذكاء والتفكير، وقدرة طبيعية على الكلام وكامل الخواص وليس هناك دلائل على اضطراب جهازه العصبي. ويلاحظ أن الطفل إما يظل صامتاً داخل المدرسة ويتحدث في المنزل مع شخص محبب إليه أحياناً مثل الأم، أو العكس

وهناك حالات شديدة من البكم المتعمد يمتنع الطفل معها عن الكلام مع أي شخص. وقد تمتد ظاهرة الامتناع عن الكلام إلى مواجهة سلبية واسعة تشمل الابتسام ولانتهاء والنظر للأخرين بل وأحياناً الطعام والشراب، وهذه الظاهرة نادرة الحدوث، وإن ظهرت فهي الناب للطفل في الفترة العمرية ٣-١٠ سنوات، ويظل الأمر أسابيع قليلة أو أياماً، أو شهوراً وربما ساعات، ويأخذ ما يظل سنوات، ونسبة أقل من ١٪ من المحولين إلى عيادات الإرشاد النفسي لديهم هذا الاضطراب.

إن سبب البكم المتعمد اضطراب نفسي، وهو مؤشر على صراعات نفسية داخل الطفل، وقد تكون نتيجة لإحساس الطفل المتزايد بالتعلق الشديد حول

عمره. لمحتمل عن التعبير الصحيح في مكان تشتد فيه وطأة حيرة نفسية أو ضغط نفسي كالروضة أو الحضانة. إن حالات الخوف من الروضة أو المدرسة محدودة الإضطرابات المعوية يمكن أن تكمن خلف تلك الحالة

هذا إلى جانب أن التعرض لصدمات نفسية أو الأمراض التي تسببت في دخولهم المستشفى أو مشاكل أبوية أو خلافات زوجية، أو الأم المسيطرة أيضاً من العوامل التي يمكن أن تكون كلفتة خلف هذا الإضطراب. ويتخذ الطفل الصمت محاولة للدفاع عن النفس وسلاحاً يعاقب به غيره، وهناك أسباب واضحة لهذه الحالة مثل فراق أحد الوالدين أو مرضه... أو ظهور شخص جديد في المسائل أو عدم تلبية أهلب رغبات الطفل.. أو تغيير مكان السكن القريب من الأصدقاء المحبين، وإذا كان الأمر قد يشأ ربما لفشل دراسي إلا أنه قد يكون سبب أن يصبح الصمت كبش فداء لأصدقائه يغيظونه ويستخرون منه.

أساليب التعامل على النحو المتعمد:

يجب دراسة طبيعة التفاعل والعلاقات داخل أسرة الطفل، لتحديد الأسباب أو الإتصال بالروضة أو المدرسة للكشف عن بعض الإحتمالات. وينبغي العلاج الفردي للطفل في جلسات باللعب أو الرسم

ودك لتحقيق من شدة الضغط في أجواء المنزل والروضة أو المدرسة، مما يؤدي للطفل إلى الإسترخاء وإنخفاض حدة القلق وإسياب الكلام

ومن طرق العلاج السلوكي حرمان الطفل من أشياء محببة إذا استمر صمته. وكثيراً ما تكون هذه الطريقة ناجحة وخاصة إذا فشلت أساليب تخفيف شدة الضغط المنزلي أو المدرسي مع الطفل.

(٢) التأتأة - هي Stuttering, Stammering

هي تردد أو تقطع في نطق الكلمات، وتوقف في اللفظ والتعبير، والصعوبة في لفظ بدايات الكلمات أو حروفها الأولى، بالتوقف أو محاولة الإطالة به لتقطع الحروف، ويحدث التردد والتكرار باللفظ، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات فترة قصيرة. فتخرج الألفاظ متأللة وربما غامضة، وإن كان غالباً ما يصبح الكلام منتقطع

مفهوماً للسمع، بالرغم من إصابة سلسلة وإيقاع الكلام باستنداعات أو تكرارات تنفس المفطع، وذلك بسبب تشنج فيقذبات الصوت والتنفس، وأحياناً تصاحب تلك الأعراض تشنجات في عضلات الوجه، أو الرمش بشدة في العين، أو العزم أو الرعدة للشفتين أو للوجه أو هز الرأس. ويكون الطفل غير واع بها في البداية، ويجرد وهي يبدأ آليات التجنب، وتظهر الاستجابات الحركية والانفعالية.

وهناك الثأنة البسيطة في تردد وإعادة الألفاظ أو الحروف، والثأنة الشديدة التي تظهر في صورة توقف لإنسياب الكلام، وانقطاع تربيط الحديث، وقد تحدث الصعوبة في اللفظ بأوقات متباعدة

ومس الأطفال للثأنتين من يتمكن من العناية وبدون أى صعوبات مثلما يظهر هليلهم أثناء الكلام.

والثأنة تظهر على ما يقرب من ١٪ من الناس عموماً أغلبهم من الأطفال وهناك حوالي ٤٠٪ من الأطفال الأسوياء يتأثون أو يتلعثون في الكلام في يوم معين من الأسبوع مثل يوم بداية الأسبوع الذي يلي العطلة، واليوم الذي يلي العيد، كما أن بعض الأطفال يتأثون في وقت معين من النهار كأوقات سؤال المعلمة لهم أو فراقهم للألم. وقد لوحظ أن ٥٠٪ من لغارب للتأني من من الدرجة الأولى يصابون بالثأنة

كما أن الثأنة أكثر انتشاراً في المجتمعات الراقية أو المتقدمة عنها في المجتمعات البدائية وسبب ظهورها لدى السنين مقارنة بالبنات هي ٣ : ١٠.

وتعبر الثأنة في العادة خلال الفئة العمرية ٣ - ١٠ سنوات وتكون البداية في ٩٨٪ من الحالات قبل سن العاشرة ولا تشخص قبل سن الثالثة، وغالباً ما يكون لطفل قبله عادياً تماماً وربما فصيحاً، ثم بدأت تظهر عليه بوادر التقطع والثرثرة أثناء كلامه بشكل تدريجي أو بصورة مفاجئة. وغالباً ما يكون ذكاء هؤلاء الأطفال مرتفعاً، وهناك اعتقاد بأن الأطفال أصحاب الذكاء الحد أكثر عرضة لهذه الإضطراب، بينما ينذر أن يظهر على الأطفال عقلياً. والثأنة يمكن أن تظهر أيضاً لدى اكبار، ويمكن التمييز بين مراحل أربعة لتطور هذا الإضطراب.

المرحلة الأولى: وتظهر لدى أطفال الخامسة من العمر فأقل . وتكون التأتأة بصورة متقطعة بحيث لا تظهر على الطفل أى علامات لها خلال أسابيع أو أشهر ، وغالباً يسهل عودة الطفل إلى حالته الطبيعية، إلا إذا استتير الطفل أو أجهد نفسياً .

المرحلة الثانية: وتظهر لدى الأطفال في الفئة العمرية ٦-١٢ سنة . وتكون التأتأة على أشدها في أنواع الكلام التي تشمل الاسم والفعل والصفات ، وبصورة ما يمكننا القول بأنها مزمنة ، وادراً ما يتخللها كلام طبيعي لفترة ضئيلة ثم العودة .

المرحلة الثالثة: وتظهر في مرحلة المراهقة ، وتكون التأتأة بصورة متقطعة نتيجة مواقف أو ظروف مثل التحدث أمام زملاء ، أو عند حل مسألة أمامهم ، أو عند التحدث في التليفون مع الغرباء .

المرحلة الرابعة: وتظهر في أواخر المراهقة ، وخلال المراحل العمرية التالية لرجال ، وتظهر التأتأة وعسر الكلام نتيجة القلق والتوتر الذي يصاحب مواقف تكون فيها المواجهة مع الآخرين .

إن ظاهرة التأتأة معروفة منذ القدم ويمكن التمييز بين ثلاثة أنواع سها

- **التأتأة التماشية،** وتحدث في مرحلة الانتقال إلى الخارج لسهولة للكلمات بين عمر سنتين وأربع سنوات، حيث يتغير نحو الكلام من الإطالة إلى التوقف والتكرار .

- **التأتأة المتحسنة،** وتظهر لدى بعض الأطفال في فئة العمر ٣-١١ سنة وتزول تلقائياً في مدة تتراوح بين ٦ أشهر و٦ سنوات .

- **التأتأة الثابتة،** تظهر لدى بعض الأطفال في الفئة العمرية ٣-٨ سنوات، وتحتاج إلى علاج لفترة زمنية طويلة .

أسباب التأتأة

١- أسباب عضوية : تعود إلى الجهاز العصبي المركزي وخاصة نصفي المخ ، وارتكك في توزيع الكلام بين نصفي المخ ، كما يعتقد بأن السبب يعود إلى حبل في ميكانيكية استماع الإنسان لصوته ، فهو لا يسمع صوته بالسرعة

التي يسميها الإنسان العادي، بل يسمع صوته متأخراً بعض الشيء كما يعتقد أيضاً في وجود ارتباط في ميكانيكية يده الكلام. وهناك بعض الدلائل على أن الأطفال يربطون هذا الاستعداد.

٢- أسباب نفسية: وهي الأخطب في تفسير هذا الاضطراب ومن هذه الأسباب الوسواس القهري الذي يلم بالفرد فيجعله غير قادر على النطق بسبب شدة وسوسته حول نوع الكلام وكيفية استخراج مقاطع الكلمات، فضلاً عن أن كل شخص مصاب بالتأتأة يزداد ارتباكاً، التوتر والقلق. ويتكرر الخطأ ثم الخرج أثناء الحديث يتعقد الأمر وتصبح أخطب مواقفه محرجة. وعند مستوى معين من الإثارة فإن أي متحدث سوف يجد نفسه غير قادر على السيطرة الإرادية اللازمة لإخراج الكلمات بطريقة طبيعية.

وهناك من يرجع التأتأة إلى مشكلات أسرية في الأصل انعكست على الطفل بعد أن مر بها كضيق الأم أو انفصال الوالدين.

وهو يكون ظهور التأتأة مرتبطاً بالخوف أو الرعب أو الإحباط في الامتحانات. أو التعرض لحوادث.

ويشير علماء التحليل النفسي إلى أن التأتأة ما هي إلا عرض مصابي تكمن خلفه رغبات عدوانية مكبوتة، حيث يتكلم الفرد إلى المرحلة الشرجية، ويعيش صراعاً بين الرغبة للشعورية في أن يتكلم وحموه لا شعورية بدم الكلام، ويبدو أن الكلام فعل عدواني موجه ضد من يسمع، وتكون التأتأة تأجيلاً مؤقتاً لهذا العدوان، وتصبح التأتأة إخراجاً يعقبه إيقاف للكلام، ثم إخراجاً آخر للكلام يعقبه إيقاف لهذا الكلام أي للعدوان. وإن كان من المحتمل أن يصبح للتأتأة دوراً في إجهاد السامع، وهذا في حد ذاته نوع من العدوان غير المباشر عليه. وأرجع بعض علماء علم النفس الأمر إلى نكوص ليس إلى المرحلة الشرجية فحسب بل إلى المرحلة الغمية، حيث تصبح النزعة العدوانية الخطيرة مرتبطة بالفم (عضن - قضم)، حيث يكون الفم هو المبرر عن القلق في هذه المرحلة.

٣- أسباب بيئية: كم من طفل ثبت بعد عامه الثاني أو الثالث على نطقه

الطفل Baby Talk لمدة سنوات وربما حتى المراهقة، لأن من حوله
شجعوه على استخدام تلك الكلمات وهذا الأسلوب

وهناك فتراس بأن هناك حتبة Thershold بعدها نشوء السيطرة الحركية
للتنطق، ويمكن أن يكون الأطفال عرضة للتأناة إما لأن لديهم حتبة منخفضة، أو
لوجود بيئة ذات عوامل مشوّهة أو غير طبيعية.

أساليب التغلب على التأناة

أن ما يقرب من 40% من الأطفال المصابين بالتأناة يعودون إلى حالتهم الطبيعية
دون أي تدخل وتحسن تلقائياً بنسبة تتراوح بين 50% و 80% قبل بلوغ السادسة
عشر من العمر نسبة التحسن أفضل لدى الإناث منه لدى الذكور إلا أن من
المنهم

- ١- شغل ذهن الطفل بأن مشكلته تنتهي وسوف يتكلم بصورة طبيعية
- ٢ استخدام الطفل للكلام البطين مع الإيقاع أو الموسيقى باستخدام اليدين
أو آلة موسيقية.
- ٣ استخدام بعض تقنيات علاج صعوبات التخاطب التي تستخدم من
قبل إخصائي، ومنها ما يسمى بتقنية تيار الهواء، وذلك بإرشاد الطفل
بأن يتعلم طريقة خاصة في الشهيق والزفير من شأنها إحداث رتداء في
الأحبال الصوتية مما يجعل الطفل يتغلب على مشكلته تدريجياً، وينصح
عليه ذلك وتوجد معادلات لقياس شدة التأناة تأخذ في الاعتبار متغيرات:
تكرار التأناة وزمانها والتوتر والتجنب. وهناك أسلوب التردد أو الاقتداء
Shaddowing ضمن الملاح السلوكي.

- ٤- محاولة تحسين الوضع النفسي للطفل إذا كان الاضطراب إثر صدمة
نفسية، وذلك باستشارة الإخصائي، ولن يكون ذلك قبل فحص الطفل
نفسياً للكشف عن الصراعات ومحاولة إعادة الثقة إليه.
- ٥- هناك بعض المفاهيم الحديثة تستخدم لملاح الإضطرابات انفسية
وتعكس آثارها على اختفاء تأناة الكلام لدى الطفل، ولكن مآدر ما يلجأ

إلى مثل هذه العقاقير، وإن كانت طرق العلاج النفسي والإرشاد الأسرى أثبتت فاعليتها عن الكثير من العقاقير.

٦- يجب التنبيه جيداً أثناء مراحل غو لغة الطفل، ومحاولة تشجيع كل محاولة للكلام مع عدم التصحيح له مباشرة وبسوء بل بالنصح والإرشاد، أو الإتيان بأفعال تستوجب استعمالهم لهذه الكلمات أمام الطفل، وإضافة الثقة في نفس الطفل على أنه يمكنه أن يقول وأن يتكلم. إن علينا أن نجعل الطفل يشعر في محاولاته متعة مصحوبة بالفرح والابتهاج.

٧- اشترك الطفل في الأنشطة الجماعية، وإتاحة فرص التفاعل الاجتماعي، مع عدم السخرية أو التهكم بالمعيوب اللغوية في حديث الطفل، أو عدم زجره أمام زملاءه بالمدرسة. بل تشجيع الطفل على الكلام وسط الجماعة دون حرج.

٨- عدم النظر إلى التأتأة على أنها أمر خطير مما ينعكس في صورة قلق على الأباء يستشقه الأبناء.

٩- عدم إجبار الطفل على سرعة الاستجابة بينما هو في حالة قزع أو حوف أو توتر نفسي أو إرغامه على الصمت إذا كان يصرخ.

ومن المتعارف عليه أنه قبل تناول الإضطراب بالعلاج فمن الضروري أن ننظر إلى الأعراض بالتشخيص والتخصص بالبحث عن مصاحبات التأتأة وأعراضها، ويجب أن يكون واضحاً أن التأتأة تختلف عن اضطراب تشوش انساب الكلام الذي يبدو في معدل الكلام.

(٢) بكسر الهمزة Phobic Speech Disorders

الرهاب هي حالة من الخوف والدهر الشديد الذي ينتاب الطفل بسبب يبدو واضحاً ولكنه غير معقول أو متاسب مع الإثارة، وتتدرج الحالة من الخوف من الحشرات أو الحيوانات الأليفة إلى درجة رعب من الناس، ويصبح الطفل مع هذه الحالة غير قادر على الكلام أو ما يسمى أن يقال.

ومن حالات الرهاب الشهيرة عند الأطفال حالة الرهاب الاجتماعي Soc.a.

Phobia وهو خوف من مواجهة الناس سواء كانت مجموعة قليلة أو المجتمع ككل، بحيث يصح وجود الناس حول الطفل أمراً مثيراً للدهر والخوف.

إن هذا النوع من الرهاب يؤثر بشكل مباشر على قدرة الطفل على الكلام وبخاصة أنه في حالة من الانفعال والخوف، فأتناء ذلك يكون مشوش التفكير غير قادر على إدراك ما يقال ولا واع بما يسفي أن يحدث، فيصاب بالهكم الرهيب من حدة الانفعال، بالرغم من أنه طفل عادي يتمتع بقدرات عادية تمكنه من الفهم والتعبير في الأوقات العادية والأمراً لا يعتمدى موقف الخوف.

الأسباب

التعرض لموقف عصيب لا يستطيع أن يتصالح فيه مع من حوله، ويكون احد هو الخوف من مواجهة الموقف والرغبة منه.

أساليب التغلب على حكم الرهاب

إن علاج هذا النوع من اضطرابات الكلام يتطلب علاج السبب الرئيسي وهو حالة الرهاب، مثل الدمج في مجموعات الأنشطة الجماعية مع كبر وصغار. وتعزيز سلوك الطفل الإيجابي في التعامل، وهناك أساليب سلوكية ونفسية نعالجها هذه الحالة.

(٤) اللثقة

هي صعوبة لفظ بعض الحروف الأبجدية، وهناك بعض حروف أشد تأثيراً من غيرها في صيوت النطق من أهمها (راء) فقد يلفظه بعض الأطفال (لام) وربما قلبت لدى بعض الأطفال من (راء) إلى (ضاض)

وربما نطق بعض الأطفال حرف (السين) كحرف (الثاء)، وكذلك (الزاي) في حين كنت (ذال).

أسباب اللثقة

١- لصعوبة في لفظ حرف الراء يعود إلى ضعف المهارة في تحريك اللسان عند ارتعاه إلى أعلى قريباً من سقف الفم. ويهتر بحركة منومة يمر

عمرها الهواء المتدفع من القصبة الهوائية. ويعود ضعف تحريك اللسان إلى كسر حجم اللسان أو وجود شقوق في سطحه كما في حالات الإعاقة العقلية واضطرابات هرمون الغدة الدرقية.

٢- الصعوبة في لفظ حرف اللاء بشكل شائع.

أساليب التغلب على اللقطة

تدريب الناطق بإشراف مدرب متمرس، وبخاصة إذا كنا أمام أطفال، ويمكن استخدام أجهزة التسجيل التي يستمع خلالها الطفل للفظ الصحيح.

(٤) البكم الهستيرى Hysterical Aphonia

الهستيريا من الحالات النفسية المعصية التي نادرًا ما تحدث في مرحلة الطفولة، وإن ظهرت لدى الإنث من الأطفال ظليًا، وتعتبر فيه الطفلة عن معاناتها الداخلية أو صراعاتها النفسية في صورة أعراض بدنية بطريقة لا شعورية، لتجاوز مواقف أو ظروفًا تختلط على البعض بحالات عضوية مثل التهابات الدماغ والسحايا، ومن الأعراض الهستيرية التي يعاني منها الطفل حالة البكم أو الخرس الهستيرى فيمتنع لطف عن الكلام، ويتناله الصمت نهائيًا، وفي الغالب يصاحب هذا التوقف عن التحدث أعراض هستيرية أخرى كالإحساس بعدم الرؤية أو عدم السمع أو انعدام حركة أحد الأطراف.

إن الأطفال الذين يعانون من البكم الهستيرى يكونون في العادة هير كثيرين لما أصي بهم من عجز في الكلام، لأنهم يعرفون أنهم قادرون عليه متى حسم الموقف أو الظروف المثيرة لتصلحهم. وهذا ما يبدو واضحاً من كلامهم مع أنفسهم إذ تركبهم كلام مع نفسه أو مع لبيته التي يحبها، فتجده يرح ويتحدث بصوت هاس يصعب سماعه.

وتعرف ظاهرة عدم الاكترار للعامة التي يقع فيها الطفل ومشاعره نحوها وظهور الأمبالاة لا تتناسب مع عجزه المزعوم بالمصطلح Ball Indifference ويمكن اعتبار امتناع الطفل المؤقت عن الكلام (البكم المتعدد) حالة خاصة من البكم الهستيرى المؤقت.

أسباب البصيرة الهستيرية

- ١- تألم لماخ النفسى الداخلى للطفل وتعرضه لضغط نفسى
- ٢- ضعف قدرات الطفل على مواجهة الضغوط العاطفية
- ٣- اقتقاد الطفل للوسائل التي تواجه تهديدات الأهل أو من يرعاه.
- ٤- قلق الأهل على حكم الطفل أكثر ضراوة من اهتمام الطفل بمشكلاته وجمعه يثمانى حتى تحسم الأمور لصالحه.

أساليب التغلب على البصيرة الهستيرية

- ١- يجب إتاحة الفرصة للطفل لاستخدام سلاحه هذا، لأن إرغامه على التخلي عن حكمه قد يؤدي به إلى استخدام أساليب أشد نذى.
- ٢ لا يجب اتهام الطفل علناً بالكذب أو التحليل أو التصنع أو التمرد، كما لا يجب التعامل معه بتدليل مفرط أو حماية زائدة.
- ٣ عدم إحاطة الطفل بالهلع والخوف عليه أو القلق على حالته، لأن ذلك قد يؤدي إلى أضرار نفسية قوية في البناء النفسى له.

(٦) اضطراب الكلام الذهاني

يصاب فئة من الأطفال أمراض تؤدي إلى ذهان حاد مفاجئ أو ذهاب مرمي، يعانى طفلان عددا من اضطراب واعتلال ليس في التوازن النفسى فقط بل والنمو العقلى، والطفل حينما يصبح مريضاً عقلياً قد يتكلم كلاماً غير مألوف، وأحياناً يفتقد القدرة على التعبير اللفظى بالتدريج، فيتلاشى ما اكتسبه من معرفة باللغة والكلام، وربما ينتهى الأمر به إلى صمت مطلق بسبب عجزه عن الفهم والتعبير، وهذا الاعتلال يؤدي بالطفل إلى استخدام وسائل أخرى للفهم، مثل الإشارات وأحياناً البكاء أو التمرد. وأحياناً يتعد اضطراب الكلام نتيجة للمرض العقلى أشكال أخرى كترديد كلمة واحدة أو مقطع واحد ودون توقف أو هذف. وقد يصاحب ذلك حركات غريبة باليدين أو الكفين أو الوجه أو الفم والأنف.

الأسباب

ليست هناك أسباب محددة سوى أن بعض الأمراض التي تصيب الأطفال ربما أدت إلى اضطراب الكلام الذهاني، كما أن انطواء الطفل على نفسه وبعده عن الأقران والإخوة وعدم التفاعل مع الكبار تفقد توظيف قدرته على الكلام.

أساليب التغلب على المشكلة

يجب استشارة الأخصائي بشكل مبكر لأن غالباً ما يكون تأرجيح مشاعر الأطفال واضطراب أحاسيسهم عائقاً مؤقتاً في تدبير الحديث والكلام، فإذا استمر الإضطراب فإنه يؤثر على النمو العقلي.

(٧) العنقنة (العنقنة)

هي تضيق بعض الكلمات عند التطق بها، مما يقضى على وضوحها، أو يكون سبباً في تشويهها، ويبدو الطفل أثناء كلامه، كأنه يعاني من زكام دائم، وتظهر صعوبة إحداثه للأصوات الكلامية المتحرك منها والساكن.

أسباب العنقنة

تأتي من تشوه أعلى الحلق (قجوة أو شق) أو التهاب الجيوب الأنفية، أو التهاب اللوزتين وانتفاخهما.

وتحدث فجوة أعلى الحلق نتيجة تعرض الجنين في الأشهر الأولى من عمره إلى عدم التام الأنسجة التي يتكون منها الحلق

أساليب التغلب على العنقنة

١- عرض الطفل على متخصص لمعرفة ما إذا كان السبب عضوياً وتشخيصه ومعالجته.

٢- تدريب الطفل على الكلام وفق خطة يضمنها المتخصص في اضطرابات الكلام.

٣- عدم السخرية والضحك على طريقة الطفل في الكلام.

٤- يمكن إجراء عمليات جراحية ميكرو لشد فجوة الخلق مما يسر على العمل
التدريب على النطق السليم.

(٨) الثناثة،

وهي إبدال حرف السين أو الزين إلى ثاء.

أساليب الثناثة:

١- عدم انتظام الأسنان.

٢- تشوهات في الفك والشفة.

٣- انشقاق الشفة العليا.

٤- التقليد.

أساليب التغلب على الثناثة

١- تدريب الطفل على النطق السليم والتمييز بين النطق السليم والتميز بين

اسطق الحفظ والنطق الصحيح باستخدام المرأة وجهاز التسجيل

٢- تدريب الطفل على نطق الحروف (س) أو (ز) منفصلة.

٣- تعويد الطفل على تحريك لسانه في أوضاع صحيحة عن طريق مدرب

متخصص.

يتصح من العرض السليق اضطرابات اللغة والكلام ذات المنشأ العصبي، ولا
يحفي بالأهمية النطق من تأثير على قدرة الطفل على التوافق العصبي والاجتماعي،
وهناك عوامل عضوية لها تأثيرها على كلام الأطفال. وتتوقف على جهاز اسطق في
الإنسان Speech Appuratus ويتوزع في مناطق مختلفة من جسم الإنسان مثل
المخ، والحنجرة، والشوكي، والحنجرة والحبال الصوتية، وقنوات التنفس، والحنجرة
الفم، وعظام الفك، والأنف، واللسان، والشفة، ويجب عدم نسيان الهرمونات
خاصة بالنمو، والجوانب الوراثية.

وسوف نشاول اضطرابين لثناثة، Stuttering, Stammering والتعلم باعتبارهم
من أهم الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال. في جميع المجتمعات سواء الأوربية أو
لأمريكية أو عالم العربي، والثناثة لها وجود فعل انتعالية واجتماعية وأثر سلبية، على

من لديهم هذا الإضطراب، كما أشارت لذلك الكثير من الدراسات، كدراسة Pitch (1986) & Franshella، ودراسة كلاً من (Silverman & Zimamer 1997) والتي أشارت إلى أن للعجاجة أثر سلبية وعكسية على الثقة بالنفس وتقدير الذات. وكذلك دراسة (Woods & Williams, 1967 and Nekerasov, 1985) ودراسة (1976) والتي أجمعت أن الثأثأة لها أثر سلبي وعكسي بالنسبة لسلوك الثأثئي، من كتنمية السلوك العدواني، وهناك الكثير من الدراسات التي تبين أن اضطرابات النطق والكلام، وخاصة الثأثأة لها أثر سلبي على الجوانب النفسية والشخصية للفرد الثأثئي (مقلل لذلكي، ١٩٩٥).

وكثيراً ما يستعمل مصطلحاً: (الثأثأة)، والتلثم ثم كمرادفين، رغم اختلاف عراض كل منهما عن الآخر، ويعتبار أن التلثم حالة من حالات الثأثأة ولذا من مهم التمييز بين هاتين الحالتين يعرض المثال الآتي:

- ثأثأة : م م م محمد (نطق حرف الميم أو الحاء أكثر من مرة).
- فالثأثأة تتميز بالتردد ويتكرر سريع لعناصر الكلمة ويتشجج عضلات التنفس أو التعلق.
- نعمثم : م - توقف - محمد (نطق حرف الميم مرة واحدة، يليه توقف ثم إكمال الكلمة): أو - توقف ملحوظ - محمد (التوقف قبل نطق الكلمة، ثم نطقها في شكل دفعة واحدة) (٢٠٠٣).

الثأثأة

كان لاعتقاد السائد أن الثأثأة، اضطراب عصبي أو تشريحي، لعلنا كان يعتقد أن تحويل طفل يكتب بيده اليسرى إلى طفل يكتب بيده اليمنى، يحدث اضطرابات في سيطرة أحد جانبي المخ، ويؤدي إلى نشأة الثأثأة، ولكن أصبح علماء النفس الآن ينظرون إلى هذه الاضطرابات على أنها اضطرابات عقلية (١٩٩٦).

وما تزال الثأثأة Southering أكبر عنصر محير في معوقات الكلام على الرغم من المحاولات الجادة في الدراسة عن ماهيتها وأسبابها وعلاجها، وهي من أشهر لإضطرابات الخاصة بطلاقة النطق.

وقسم المرباوى الثأنة إلى قسمين هما:

١- الثأنة الوقية (milieu stuttering): ويقصد بها اضطراب طلاقة حديث المدي لا يظهر إلا في المواقف الاجتماعية ذات الطبيعة الانفعالية.

٢- الثأنة الدائمة: عبارة عن عرض عضوي صريح لاضطرابات في الشخصية أو عرض لمرض نفسي أو ظاهرة تنفيس تركزت في عضلات جهاز الصوتي (المرباوى، ١٩٩٤).

ويعرف أحمد هكاشة وأخرون (١٩٧٤) الثأنة بأنها: «انقطاع في سريان الإيقاع الطبيعي للكلام، وذلك لحداث تكرار غير طبيعي لهذا الانقطاع، بحيث بلغت لإنهاء ما يتدخل في عملية التواصل أو يسبب الحزن عند الشخص المتأنيء أو من يستمع إليه»

وتعرف الثأنة في معجم علم النفس (١٩٨٥) بأنها: «إعادة وصعوبة في الكلام، يقطع سببها الأسباب السلس للكلام، وذلك مع خلل أشكال مترادفة، والتكرار السريع لأجزاء ومقاطع الكلام وتشنجات التنفس أو عضلات الإخراج الصوتية» (مقل، ١٩٨٥).

كما وضعها الزرّاد (١٩٩٠) بأنها: «نوع من التردد والاضطراب في الكلام حيث يردد الفرد المصاب حرفاً، أو مقطعاً، تردداً لا إرادياً مع عدم القدرة على تجاوز ذلك المقطع إلى المنطق التالي، وتعتبر الثأنة حالة اهتزازية تشبه حالة «متفان» لسان حيث يحجز المرء عن إخراج الكلمة أو للمقطع إطلاقاً»

وتعرف الثأنة في الـ ICD - 10 (١٩٩٢) أنها كلام يتسم بتكرار متكرر وتطويل سواء للأصوات أو للمقاطع أو الكلمات، ويكون إما بترددات متكررة أو سككت نزي التندق انسمى للصوت (حد المعطى، ٢٠٠٦)

أما زكري الشريشي (١٩٩٨) فيعرف الثأنة بأنها: «تردد وتقطع في نطق الكلمات، وتوقف في اللفظ والتعبير والصعوبة في نطق بدايات الكلمات أو حروفها الأولى سواء بالتوقف أو الإطالة فتقطع الحروف، كما يحدث التردد والتكرار باللفظ، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات لفترات قصيرة تنخرج ألفاظ متناثرة وضعيفة»

أما DSM IV (١٩٩٤) فيعرفها بأنها اضطراب في الطلاقة المعدية في الكلام والتشكيل الرمسي له وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض، وتتألف حدة التأتأة من واحد أو أكثر من الأعراض التالية: تكرار الصوت، التطويلات، الألفاظ المقصمة أثناء انسداد الكلام، سكتات في الكلام، إبدالات ملحوظة بالكلمة تعدي التقطع والانسداد والسكرت (عبد المعطي، ٢٠٠١)

أما يوسف (١٩٩٠) فيعرفها بأنها «إعاقة لا إرادية في مجرى الكلام بحيث يعاق تدفق الكلام بالتردد وبشكل سريع لمعاصر الكلام، يرافقه تشنجات في عضلات التنفس أو النطق».

ويرى جولدجموند (Goldiamond) ١٩٩٣ أن التأتأة تتميز من خلال إعطاء مكافأة لاهتمامات الشخص أو إزالة التهديد بالمقابلة .

ب - أنواع التأتأة

التأتأة عدة أنواع، هي:

١- التأتأة الارتدادية : تكون عارضة عند الأطفال في مراحل ارتدادية، وهي مؤقتة تظهر عادة بين سن الثانية والرابعة من العمر، وتستمر بضعة أشهر فقط.

٢- التأتأة المعتدلة : تبدأ بين ست وثمانى سنوات من العمر، وتستغرق من سنتين إلى ثلاث سنوات.

٣- التأتأة الشديدة : تبدأ بين سن الثالثة والنامية من العمر، وتستمر عدة طويلة، إلا إذا حولت بأسلوب فعال.

وتعد التأتأة التي تظهر بعد عمر الخامسة أكثر خطورة من تلك التي تظهر في عمر مبكر يصاحب التأتأة عادة بعض التغيرات اللاإرادية على الوجه، مثل: التعقيدات الوجه، وطرف العين، وبعض الحركات بالأيدي والأقدام، كما قد يصاحبها أيضاً تنفس غير منتظم.

ولقد صممتها «باي» إلى أربعة جداول عيادية:

١- تَأْتِيَة فسيولوجية:

تظهر ما بين ٣ إلى ٦ سنوات، كميكانيزم نفسي دفاعي عند الطفل، يجلب اهتمام الوالدين وإتنياهما، وقد يختفى عند دخوله المدرسة.

٢- تَأْتِيَة تشديدية:

تتمثل في الشد على المقطع الأول من الكلمة، أو تكرار الكلمة الأولى في الجملة.

٣- تَأْتِيَة ارتجائية:

تتمثل في تكرار المقاطع الصوتية داخل الكلمات وفي وسط الجمل.

٤- تَأْتِيَة مختلفة:

تتمثل فيها خصائص النوعين، الأول والثاني.

٥- تَأْتِيَة تشبيعية:

تتمثل في تشبيط الكلام وعرقلة، ويصاحب ذلك سلوك حركي متوتر، بمس عضلات الوجه ويؤدي إلى احمراره (باي)

ج- مظاهر التأتأة

تظهر التأتأة على هيئة حركات إرتمائية، واحتباس توقف في الكلام يعقبه لإحلاله، ويبدل الشخص المتأثر جهداً شاقاً ليخفف من احتباس الكلام، وعدم نشد وعاء التأتأة يحرك المريض يده ويضغط على قدميه ويرتعش ويحرك رأسه ويخرج لسانه من فمه. (الشوريجي).

ومن وجهه نظر كلاً من (فروشلز Fruschels) و(شتين Stein) أن التأتأة يبدأ كلامه عادة على شكل تشنج اهتزازي خالص، ومن ثم يتطور مع تراخي الزمن إلى تشنج اهتزازي توقف خالص.

وقد استعمل كلاً منهما (فروشلز Fruschels) و(شتين Stein) مصطلح (تشنج اهتزازي التوقي) للتعبير عن التأتأة ويقول (شتين Stein) في وصف

التشجيع الالتهزاري التوقفي : إنه نوع من التوتير يسيطر على الحركات أو الارتعاشات أو الاهتزازات التكرارية التي تظهر عليها التأناة في أولى مراحله. وكذلك يحدث (فروشلز Froschels)، عن التشجيع التوقفي فيقول: إنه يظهر في وصوح بعد بذية اللوحجة بحو سة، إذ يبدل المتأنيء عند تحريك عضلاته الكلامية جهوده ومحاولات، فتبدو بوادر الصعق على شفثيه وعضلاته الحنجرية، ويذبت تحبس طلاقة كلامه.

د- مراحل التأناة

تتطور التأناة من مرحلة لأخرى بحيث تكون كل مرحلة أشد خطورة من سبقتها، ويصنف بلودستين (Bloodstein) أربع مراحل عامة لتطور التأناة هي

المرحلة الأولى، مرحلت ما قبل المدوسية

والتأناة في هذه المرحلة عرضية Episodic وتمتاز التأناة في هذه المرحلة بتكرار المقاطع والحروف، ويظهر الطفل في هذه المرحلة ردود فعله قليلة لعدم الطلاقة في الكلام. والتأناة في هذه المرحلة تظهر عندما يكون الطفل واقع تحت ضغط الكلام وتتميز هذه المرحلة بما يلي:

- ثيل الصعوبة فيها لتكون عارضة، وغير ثابتة، وقد تظهر في فترة رمية متموتة أسابيع مثلاً وشهور وأحياناً أوقات طويلة من الكلام السلس
- تزداد التأناة إذا تعرض الطفل لضغوط سواء كلامية أو تعالوية
- التكرار هو المسيطر على هذه المرحلة، وفي بعض الأحيان يقل التكرار، فتكون في الكلمة الأولى من الجملة.
- تحدث الانقطاعات في كل أنواع الكلام، ولا يبالي الأطفال بهذه الانقطاعات في كلامهم..

المرحلة الثانية

في هذه المرحلة التأناة تصبح مزمنة أكثر، والطفل يفكر بنفسه كشخص متأني، وتظهر التأناة في جزء كبير من كلامه، ويظهر الطفل ردود فعل قليلة للصعوبات

التي يواجهها في الكلام. ويسبب ظهورها في سنوات المدرسة الابتدائية يكون الإضطراب فيها مزمنًا، ويصبح هؤلاء الأطفال على وعى بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متأخرين، وتكثر التأثتة في الأجزاء الرئيسة للكلام كالأسماء والأفعال والصفات، والظروف بصورة يمكن أن تكون زمنية، وتظهر عدم القدرة على النطق بوضوح خاصة صعوبة نطق الكلمة الأولى مع وجود جهد واضح.

المرحلة الثالثة

من سن الثامنة إلى سن البلوغ، وتكون في الأغلب لدى الأطفال في سن العاشرة حتى بداية مرحلة المراهقة (الطفولة المتأخرة) وتصبح التأثتة فيها إلى كبير. والتأثتة في هذه المرحلة تظهر حسب المواقف، ويأخذ الشخص المتأثر بعين الاعتبار الحروف والكلمات الصعبة أكثر من غيرها، ويشيلها بحروف وبكلمات أسهل. كما يستخدم المتأثر في هذه المرحلة الكلمات البديلة أو استحضار معنى آخر للكلمة، كما يظهر عليه علامات تشير إلى الارتباك وهو في المرحلة يظهر توقعًا للتأثتة

المرحلة الرابعة

وتظهر في مرحلة المراهقة المتأخرة والرشد، حيث تكون التأثتة راسخة ومتأصلة في المرء ويظهر نتيجة القلق والتوتر الذي يصاحب مواقف المواجهة مع الآخرين، فالشخص المتأثر في هذه المرحلة يخاف من توقع التأثتة، ويبدى خوفًا من الحروف والكلمات والمواقف الكلامية، ويشعر بالخوف والارتباك ويأخذ الحاجة إلى مساعدة. أما فان زايبر Van Ripar فقد وصف ثلاث مراحل لتطور للتأثتة، هي:

المرحلة الأولى:

مرحلة التأثتة الأولية Primary Stuttering وتتميز بالتأثتة في هذه المرحلة بتكرارات وإطالات وإعادةات للحروف والمقاطع والكلمات والجمل.

المرحلة الثانية:

المرحلة الانتقالية Transition وتتميز في هذه المرحلة بتكرار للمقاطع والحروف وإطالات لها، ويبدأ الطفل بالمقاومة والشعور بالإحباط.

المرحلة الثالثة:

التأتأة الثانوية Secondary stuttering وتنتلز بالمقاومة والشعور بالإحباط والخوف والتجنب.

هـ خصائص التأتأة

هناك خصائص ثانوية للتأتأة وهي:

يصاحب التأتأة سلوك انسحابي (Escapre) لحظة حدوث التأتأة محاولة للهروب منها، كما يصاحب التأتأة سلوك تجنبى (Avoidance) ويرافقها تأثير فى مفهوم الذات يشمل تعامل الشخص مع نفسه بوصفه شخصا يقتصر على الكلام لصحى، مما يؤدى إلى اتخاذ سلوك ما لتجنب مواقف التأتأة قبل حدوثها.

و الضرب بين الجنسين فى التأتأة

بالنسبة للنمو اللغوى، فتمثل الطفولة المبكرة ييدى البنات نمو فى «لمعة Superiority فى السن الذى يبدآن فيه بالكلام، ويظهر هذا التفوق فى حجم دمردات اللعوبة، وفى بناء أو تركيب الجمل، وفى عدد الأصوات الكلامية لبح. وهناك أدلة تشير إلى أن هذا النمو يستمر فى مراحل الحياة اللاحقة

ولقد وجد أن التأتأة أكثر انتشارا بين الذكور عنها بين الإناث الصغار ومنه وجودها وهى ٢ : ١ ولكن تفسير هذا الفرق ليس واضحاً تماماً (دانلوب Dunlop) يقدم شرحاً لهذا الفرق يرجع التأتأة فى الطفل إلى خوفه من أن يقول شيئاً رديئاً Something bad أو يستخدم بعض التعبيرات غير المقبولة، والتي ربما تجلب العقاب، ولكن الذكور يحكم عليهم فى الشارع يلتفتون مثل هذه التعبيرات أكثر من الإناث، والخوف يكون أعظم فى حالة الذكور ولكن هذه النظرية فى حاجة إلى مزيد من البحوث قبل قبولها وعلى الرغم من أن كل الأطفال يظهر نوبات من عدم الطلاقة إلا أن لإحصائيات توضح أن هناك نسبة ٤ : ١ من البنين والبنات مصابون بالتأتأة فالأطفال الذكور أكثر إصابة بالتأتأة من الإناث.

ومن بين هذه النظريات الشهامة، نظريته السيطرة المخية Cerberal Dominance Theory تنى بترجمتها الباحث الأمريكى (ترافس) والتي ترى بأن التأتأة عرض

لاضطراب بيولوجي أو لاضطراب عصبي فسيولوجي داخلي معقد، يتلخص في أن تحويل طفل أيسر للكتابة بيده اليمنى مدعاة لحدوث التأتأة في الكلام، والأسس الذي قال به أصحاب هذا المذهب يرجع إلى الفرض الأتي:

إن المخ ينقسم إلى شطرين كرويين، ومن خصائص تكوينهما أن أحدهما يمتاز بالسيطرة على الآخر، وتكون هذه السيطرة في النصف الكروي الأيمن للأشخاص الذين يكتبون باليد اليسرى والعكس، ويعني آخر فقد وجدت بعض الدراسات باستخدام الراسم الكهربائي للمخ (EEG) أن الذكور الذين لديهم التأتأة وجد لديهم اعتماد أو تثبيط (كف) للموجة ألفا بالفص الأيمن أثناء إثارة الكلمات والمهم، أم الذين ليس لديهم تأتأة فلديهم تثبيط وكف بالفص الأيسر، كما أن الذين لديهم تأتأة يظهر لديهم استخدام اليد اليسرى، كما يستخدمون كلا اليدين بمهارة، فهي علاقة عكسية مشوها للسيطرة الدماغية، وبناء على هذا الفرض يقرر أصحاب هذا المذهب أن تحويل طفل يساري إلى الكتابة باليمنى ينتج عنه شئ من التداخل في عمل كل من نصفي المخ الكرويين، ويؤدي هذا التداخل إلى إزدياد سيطرة نصف الكرة اليساري، فيتبادل شطر المخ في السيطرة، وينتج عن تداخلهما احتلال يؤدي إلى اضطراب كلام الطفل.

النظريات البيوكيميائية والفسولوجية

يرى ويست West بأن التأتأة هي نتيجة لاستعداد وراثي. وقد أكد (West) عام ١٩٥٨ على حالة عدم التوازن الدم - السكر لدى الشخص المتأثر خلال التأتأة وتربط هذه النظرية في أبحاث الأيض الأساسي وكيمياء الدم، والدماغ، والتوائم، وموامل الفسولوجية العصبية.

كما أكدت نظريات أخرى على أهمية التغيرات الدماغية الهوائية وفسولوجية التي تظهر في الجهاز الصوتي خلال الكلام والتي تقول بأن التأتأة مشكلة في التصويت والتفيس الهوائي والنطق، كما أشارت نظريات أخرى إلى التحولات الصوتية التي تجعل بداية الكلام صعبة لدى الشخص المتأثر، وكذلك حنجرة كموامل مسببة للتأتأة، وينظر باحثون آخرون إلى أن عدم السيطرة على نشاطات الحنجري يسبب التأتأة.

ويشير كلا من بيركنز وكيت وكورلي (Perkins, Kent and Curloc) عام ١٩٩١ في النظرية المعنوية النفسية للغة: Nera. Psycholinguistic Theory بأن الكلام المطلق يتطلب عنصرين هامين هما النظام اللغوي أو الإشارة Paralinguistic Symbol System ويتحكم بهذه النظامين من خلال وحدات عصبية مستقلة تنتهي بنظام مخارج مشتركة، ويتطلب الكلام المطلق اتساق زمني ودقيق حتى يحقق النظام المشترك، وإذا لم يحدث الاتساق الدقيق بين العنصرين فإن النتيجة تكون خلل في الطلاقة ويدرك المستمع فقدان السيطرة أو اضطراب يسمى التأتأة، وقد أضاف أصحاب هذه النظرية عامل ضغط الزمن Time Pressure وهو الضغط الذي يحتاجه المتكلم للبدء والاستمرار أو الإسراع في الكلام، فإذا كان ضعف في الضغط الزمني فإن الفشل في الطلاقة يكون مؤقت واختلال الطلاقة غير متأت.

وكذلك قدم كل من بوستا وكولك (Posta & Kolik) عام ١٩٩٣ نظرية عصبية نفسية لغوية شاملة باستعمال نموذج باستعمال نموذج ليفلت (Levett) لإنتاج كلام. ويقول أصحاب هذه النظرية أن التأتأة نتيجة لعيب في لترميز الصوتي للكلام. ويتصح هذا العيب في عنصر المراقبة لنظام إنتاج الكلام والتي تسبب في خطأ التقط الأخطاء ويحاول الجهاز القيام بتصحيح ذاتي لهذه الأخطاء من خلال تسمى مؤقت لهذه العمليات المعقدة وبالتالي إنتاج صوت التأتأة.

وترى النظرية الجينية (Genetic Theory) بأن التأتأة لها أساس وراثي، ويشير البعض من الباحثين إلى أن ٦٥٪ من الأفراد المتأثرين لديهم أحد الأبوين أو الأقرب يتأثرون، بينما لم يجد الباحثون الآخرون أي عامل وراثي وراء التأتأة، بالإضافة إلى وجود أقارب يتأثرون لا يعني بالضرورة وجود أصل وراثي. وتطور هذه النظرية ويسدل جونسون Wendol Johnson كما سميت بالنظرية النمائية Developmental Theory ونظرية مقاومة التوقع Anticipatory Struggle Theory ويرى جونسون Johnson أن تشخيص التأتأة من قبل الآباء يولر بيئة الطرق والإحاطة حيث يبدأ لطفل بالكلام غير الطبيعي كاستجابة للقلق والضغط والاستعدادات الآباء، حيث يستجيب كل من الآباء والطفل لمكرة الإحاطة أكثر من سلوك كلام الطفل. للمكرة الإحاطة أكثر من سلوك كلام الطفل. ويقول جونسون Johnson إن التأتأة تبدأ في أذن الآباء قبل قم الطفل.

وتقول نظرية الفشل في الاتصال (Theory of communication Failure) لصاحبها ويلستشير (Bloodstein) بأن التأتأة نتيجة للفشل في الاتصال والمحادثة مع أشخاص آخرين كما يتهمها الطفل، حيث تبدأ كاستجابة للتوتر وللتقطع الناتج في الكلام (Fragmentation) الذي يحدث بسبب الفشل المستمر في التحدث مع الآخرين في وجود ضغط في التفاهم معهم.

نظريات علم النفس:

نظريات العصاب، Neurotic Theories والتي تركز على السمات الشخصية والعوامل النفسية في تفسير التأتأة، فمن خلال المقابلات والإختبارات الإسقاطية وإختبارات الورقة والقلم فإنه يمكن فهم الشخصية والدينامية النفسية والتكيف الاجتماعي والحاجات اللاشعورية والشخص الذي يتأتع، والتأتأة يظن لها على أنها حاجة إلى الإشباع العصى والشرجي والتعبير الكامن عن العداء وقمع مشاعر التهديد و الخوف من الخصاء Castration وللعلوان العدوان والعداء المكسوت، كما يظن لها على أنها أداة لحطب الإنتباه والتعاطف ووسيلة لمشاعر التهديد والكت

سظريات السلوكية: حاول أصحاب هذه النظرية تفسير سلوكيات الفرد سواء العادية وغير العادية في ضوء عملية التعلم، لذا فهم يعتبرون التأتأة من وجهة نظرهم عبارة عن سلوك يتعلمه الفرد إما بالتعزيز أو المحاكاة، الأطفال انصغر في سن (3-4) سنوات يتعرضون لاضطرابات في طلاقة الكلام خلال ممارستهم الأولى للكلام لأنهم غير قادرين على تطق الأصوات من جهة ولقننة حصيتهم اللغوية من جهة أخرى، ويرى Johnson أن عدم الطلاقة المقترن برودة فعل استمع السلبية تعد المسبب الحقيقي للتأتأة، بمعنى أن الطفل عندما يتكلم ويحدث له التأتأة ويتنقد بنفسه من قبل الآخرين فإنه يدهم هذا الإضطراب ويدعم حدوثه مرة أخرى، وهذا ما يسمى بالنظرية التفاعلية، وهناك جانب آخر يتسق مع تفسير نظرية التعلم للتأتأة، وهو ما يسمى أثر الثبات أو الإتساق Consistency ويتضمن تعرض الفرد للتأتأة إلى التأتأة في بعض الكلمات أو في كلمات معينة دون لأخرى، مما يشير إلى أنه يعرف مسبقاً أنه سوف يتأتأ عند تلك الكلمة، الأمر الذي يجعله يتأتأ بالفعل مرة تلو مرة.

وقد حاول السلوكيون تفسير التأتأة على أنها سلوك مكتسب، حيث أرجعوه لبعض إلى ارتباطه بمثير شرطي (كلام الآخرين) ويتتبع استجابة التأتأة من طرف، بينما أرجعها البعض الآخر لما يحدث للفرد من تعزيز نتيجة ممارسة التأتأة، كأن يفت إلتواء الآخرين أو استدراك عطفهم واهتمامهم، كما يعتبره البعض سلوك هروب من مثير غير مرغوب فيه بسبب انفعالات مؤلمة واستجابات سلبية مثل الخجل أو التوتر أو الفلق، وبالتالي يمارس التأتأة تجنباً للألم الذي يتعرض له.

نظريات الإشرط الكلاسيكي Classic Conditioning Theories

تشير إلى أن التأتأة هي نتيجة للفشل غير المشروط في الكلام اسطق بسبب قلق متكم حول كلامه، وإذا حدث ذلك فإن الشخص سوف يتأني في أي موقف مثير للقلق، ويظهر ولبس (Wolpe, 1958) إلى التأتأة على أنها نتيجة حالة وظيفية للجهار الصوتي فهي تتميز بالتوتر الذي يحدث للجهاز الصوتي، كما تعمل التوترات الانفعالية والقلق الاجتماعي على إحداثها وتبين الأشكال (١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥) التسلسل الذي تتطور من خلاله التأتأة وقبل عرضها فإنه يجب توضيح الاختصارات التي تستخدم وذلك على النحو التالي:

SsD = مثير يتطلب الكلام Speech Demand Stimulus.

SAN = مثير القلق غير المحدد Nonspecific anxiety stimulus.

SAAP = الشخص القلق - للثار Anx.ety aversing Person.

SsD ← جهاز صوتي في حالة الاسترخاء ← استجابة كلام طبيعية.

شكل (١)، سلسلة مثير (S) واستجابة (R) هي الكلام الطبيعي.

SsD ← جهاز صوتي في حالة توتر ← استجابة تأتأة.

SAN ← استجابات قلق أخرى.

شكل (٢) تأتأة ناتجة عن قلق شديد يؤثر على كلام الشخص غير المتأثر.

S&D ← جهاز صوتي في حالة توتر ← استجابة تأتأة.

SAAP ← استجابات قلق أخرى.

شكل (٢) التأتأة نتيجة التعلق من شخص متعدد

S&D + SAAP ← استجابات توتر ظرفية للجهاز الصوتي بدون قلق

← استجابة تأتأة.

شكل (٤)، التأتأة كاشطرة إجرائي كاستجابة للتوترين ولا تشير قلق هام لدى

الشخص التلق

S&D ← توتر ظرفي مشروط للجهاز الصوتي بدون قلق ← استجابة

تأتأة

SAN ← استجابات قلق أخرى.

شكل (٥)، الحاجة إلى الكلام تثير توتر الجهاز الصوتي ويتأتى الشخص حتى ن

كان وحيدا

وقد أدى تعدد النظريات والآراء التي تفسر حدوث التأتأة إلى تعدد عواصف وأسبابها فهي إما عضوية أو نفسية أو تعليمية وغيرها، وليس من السهل ترجيح إحدى النظريات أو العوامل على غيرها، فالبعض يرى أن توقعات الآباء غير الواقعية تلعب دورا في حدوث التأتأة فالكثير من الآباء لا يعرفون أن هناك مدى اسمع من معروف في القدرة على التحدث بطلاقة بين الأطفال في أعمار مختلفة، وأن هذا يعتبر أسرا طبيعيا، وقد أشارت الدراسات إلى أن استياء الطفل من عدم الحصول على إهتمام والديه، وسيطرة الوالدين، والنقد، والميل إلى الإنكمال والإهتمام الرائد بالكلام، والحماية الزائدة لأبنائهم، تلعب دورا في التسبب بالتأتأة لديهم، ويرى البعض الآخر أن استعمال الآباء والأشخاص الآخرين كلمات وجمل طويلة وتعبيرات لغوية معقدة وكلام سريع، يزيد من احتمالية التأتأة عند الطفل عندما يحاول تقليدهم في الكلمات والجمل والتعبيرات التي يستمعونها، وأشار جونسون (Johnson) إلى أن تغيير البيئة للطفل ومرص الطفل، وإدارة لطفه بأن لأم حسان، وقدم مولود جديد، قد يؤدي إلى ظهور التأتأة

ويرجع البعض التأناة إلى المواقف والظروف التي تثير القلق والتوتر، وقد تظهر التأناة عندما يحاول الطفل التكلم مع المعلم، أو الموقف الذي يحاول فيه الشخص إخفاء الغضب، وبالإضافة إلى ذلك فإن البعض يرجع التأناة إلى تدسي مفهوم الذات وعتقاد الشخص بصعوبة الكلمات، وإلى عدم المعرفة الصحيحة بطريقة الكلام ولتعبير الصحيح، والمحاولات المشوشة للتكيف مع الأشخاص الآخرين.

كما أن للعامل النفسي دور هام وفعال في نشوب اضطراب التأناة، حيث تعتبر النظرية النفسية من أكثر النظريات شيوعاً.

وينظر لتحليل النفسي (Psychoanalysis) إلى التأناة بشكل عام، على أنها اضطراب عصبي، يكون فيه اضطراب جزئي في الشخصية ينعكس من خلال اضطراب في الكلام. وعليه فالتأناة ناتجة عن صراعات لا شعورية، وهي محاولة يقوم بها الشخص التكلم ليشع حاجة انفعالية لا شعورية، ووسيلة لإشباع حاجات جنسية معينة. وهي وسيلة دفاع يلجأ إليها الشخص للحد من تطور القلق عندما تهدده بعض المثيرات في الظهور، وعندما يحاول الكلام فإن حركات الغم لديه تكون شبيهة بحركات بعض الثدي الأصلية عندما كان رضيعاً، ويقول فرويد (Freud) إن الأطفال لديهم أنواع من الجنسية الأولية والتي تشبع عن طريق الرضاعة وأشكال أخرى من لسلوك الغم، وإن الطفل إذا ما عظم بقسوة مبكراً من أم مضطربة انفعالياً فإن بعض المحادثات انفعالية تبقى كاسنة على شكل كبت يظهر فيما بعد على هيئة صور مقمعة، كالأكل لزلزال، والكلام السريع، وأشكال فعلة أخرى

كما يشهر البعض أن القدوة السيئة في الكلام تؤدي إلى محاكاة فقيرة نتاجها بعض الصور من صعوبات الكلام، كذلك حالات الغيرة والمنافسة، أما التأناة الوظيفية فيردها علماء أمراض الكلام إلى عوامل نفسية اجتماعية: كالخوف من لفهام في المواقف الاجتماعية أو ما يسمى جرح المراجعة والقلق المناشئ عن توقع النقد من السامع والخوف من التأناة ذاتها أو من الآراء التي لا تتناسب مع لمرات الأبناء أو وجود حواسري غير آمن، أو وجود سمة الشخصية الهستيرية (الانبساطية مع الاعتماد الوارثي للعصاب).

كما أن تعرض الطفل إلى مصادر متنوعة ومستمرة تثير قلقه وتوتره يؤدي إلى التأتأة كاجتلال العنيف والمستمر في الأسرة ويؤدي للتوتر المتواصل غالب إلى ما يعرف بالقلق الترقى إذ يخاف الطفل مما سوف يحدث عندما يتكلم فيتوتر ويتأثر، كما يعتبر الإجهاد وعدم الاستعداد والإكراه على التغيير من مصادر زيادة التوتر عند الأطفال، إن ما يعرف بالمصيبة والتوتر الانفعالي وحدة مشاعر الطفل وحسنه لطفل آخر ورغبته في جلب إنتباه العائلة، وقلق الطفل نتيجة شعوره بالخوف من وعية الأهل لسبب أو لآخر هو السبب انعام أو على الأكل السبب المباشر لعيوب الكلام والأكثر انتشارا، وتنتظر مدرسة التحليل النفسي (Psychoanalysis) إلى التأتأة بشكل عام على أنها اضطراب عصبي، يكون فيه الاضطراب جبرئ في الشخصية يتعكس من خلال اضطراب في الكلام ونقول أن التأتأة ناتجة عن صراعات لا شعورية.

الأسباب البيئية

هناك عوامل بيئية لها دور كبير وفعال وقاطع في تنمية التأتأة، ومن هذه العوامل ما يكون مرتبط بالأسرة ومنها ما هو مرتبط بالمدرسة، وهي على النحو التالي

البيئة الأسرية

إن تعلم اللغة عملية معقدة، ومعظم الآباء يدركون ذلك، إلا أن بعض الآباء يظهرون اهتماما كبيرا وشديدا وقلقا إذا تعثر أطفالهم في النطق وينتقل هذا قلق إلى الطفل ويعم القلق على علاقته مع والديه وتكون النتيجة قلقا دائما وبالتالي تكون التأتأة، كما أن استمرار القدرة اللغوية للأطفال من العوامل المساعدة سواء التأتأة فعليا ما يميل الآباء إلى الإقتران بما يستطيع أبنائهم القيام به.

ويشير رايزر (١٩٧٣) أن إجبار الطفل على الكلام هو أحد أشكال قمع الطلاقة الشديدة وهو على عكس استمرار القدرة اللغوية، فحين يجبر الطفل على الكلام، فإنه يضطر إلى أن يجيب على أسئلة ويعمل مواقف لم يفعلها وهذا كله يتطلب منه الكثير من الكلام وبالتالي تحدث التأتأة، وهناك عوامل من شأنها أن تحدث التأتأة لدى الأطفال بسبب الوالدين وهي:

- تحمل الوالدين على التعلق لدى أطفالهم، في السنوات الأولى دون مراعاة لقدراتهم الكلامية المحدودة.
- استخدام أسلوب التخويف والضرب عندما يظهر الطفل أى «مخاوف» كلامية.
- ارتداد الطفل بعد سن الرابعة إلى الطريقة الطفولية بتشجيع من الوالدين، وذلك نتيجة للتدليل حين يأتي طفل جديد للأسرة.
- إهمال الوالدين للطفل واقتناره للمطبخ والحضان والرعاية الأبوية.
- تعليم الطفل لغات متعددة في وقت واحد، بحيث لا يفكر الطفل في لغة ولا يركز عليها.

البُيُوت المدوية

تشكل المدرسة عاملاً مهماً في ظهور التأتأة، حيث تمثل في العالب جواً مسبباً تثبيت عدم لطلاقة الطيعية، فالمدرسة يقضى الطفل فيها وقتاً طويلاً فيكون فيها ميدان التماس وتحمية الذات والثقة بالنفس والتواصل مع الآخرين، ولكن يحدّد الممارسات الخاطئة في المدرسة فمن شأنه أن ينعى التأتأة لدى الطفل وذلك من خلال التدفيس غير السليم ويشعر الطفل بالنقص والإحباط نتيجة قبح أقرانه عليه وعدم قدرته وكفايته، وبالتالي يصاب بالقلق والتوتر والخوف وهذا يساعد في تثبيت وتسمية التأتأة كما أن الإمتحانات والقلق للمصاحب لها دوراً أيضاً

ومن أبرز العوامل في هذا البعد:

- الطريقة التي يستخدمها المعلم مع المتعلم سواء نجته الإجابة كى لا يسبب له حرج أو مقاطعته في الإجابة لتأخره بسبب التأتأة، وكلاهما من شأنه أن ينعى ويثبت اضطراب التأتأة.
- تعامل المعلمة مع المشكلة، كأن يكون هناك حرص وتدليل ومراعاة شديدة للطفل، وهذا من شأنه أن يجعل الطفل يستخدمها كسلاح لفت إنتباه الآخرين واستدراار عظمهم.
- لإحداثى في التحصيل الدراسى من شأنه أن يساعد في تسمية وتثبيت تأتأة

ج- معدل انتشار التأتأة

لوحظ انتشار التأتأة في البنين أكثر منها في البنات؛ ولعل ذلك راجع إلى أن القدرة اللفظية (Verbal Ability) لدى البنات أقوى منها بوجه عام لدى البنين، وهذا ما يؤكد أثر اختلاف الجنس؛ كما لوحظ أن نسبة التأتأة تزداد مع تقدم العمر، وبناء على أبحاث كلا من (يوم) و (ريشر ديسن) وجد أن نسبة التأتأة بين تلاميذ المدارس تختلف من إقليم لآخر، ففي الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك في إنجلترا لاحظنا أن النسبة العامة للتأتأة بين البنين والبنات هي ١٪ بينما ترتفع هذه النسبة إلى ٢٪ في بلجيكا.

وبصفة عامة تنتشر التأتأة بنسبة (١٪) تقريبا من عامة الناس وأغلبهم من الأطفال - إذ يميل هذا الإضطراب لأن يكون أكثر شيوعا لدى الأطفال الصغار وفي العادة يختفى لدى الأطفال الأكبر سنا والراشدين، كما ينتشر الإضطراب بمعدل (٣ - ٤٪) من الذكور لكل أنثى، كما أن التأتأة أكثر انتشارا في المجتمعات الريفية أو الخدمية منها في المجتمعات البدائية أو المختلفة.

وعلى الرغم من أن التأتأة تظهر في أي عمر فإن أكثر من (٥٠٪) من المصابين بها يدون التأتأة في مرحلة مبكرة من الحياة، فقد تظهر في مرحلة اكتساب اللمعة أو في السنة الثالثة التي يحاول الطفل فيها زيادة حصيلته اللفظية من الكلمات وحمل واستخدام اللغة لمخاطبة الآخرين، بينما ياتي الحالات لا تستمر «تأتأة مهمهم أكثر من سنتين، ويطلق على هذه الحالات تأتأة النمو أو التأتأة النمائية أو الأولية وهي تعتبر طبيعية لدى الأطفال سببها النضج غير الكامل لجهاز الكلام، كما تشيع بداية التأتأة عند نسبة الأطفال سببها النضج غير الكامل لجهاز الكلام، كما تشيع بداية التأتأة عند نسبة تصل إلى (٣٠٪) من الحالات في المدرسة، وهناك حوالي (٤٠٪) من الأطفال الأسوياء يتأثرون أو يتلعثمون في الكلام في يوم معين من الأسبوع مثل يوم بداية الأسبوع أو اليوم الذي يلي العطلة أو عند سؤال نعيم لهم أو عند فراق الأم، كما وجد أن الذين لديهم تأتأة أقارب من الدرجة الأولى بنسبة (٥٠٪).

ط الخصائص النفسية للمتنائي

يرجع الاهتمام بدراسة الخصائص النفسية لدى المتنائي باعتباره أحد أئمة إثنائة مشككة ذات جذور نفسية أو شخصية، وقد أحرزت العديد من الدراسات لنى هتمت بالخصائص النفسية لدى المتنائي، وقد أشارت هذه الدراسات إلى أن المتنائين يتصفون بالخصائص التالية: سوء التوافق، عدم التكيف، والشعور بعدم الأمن، والحجل وسهولة الاستثارة، والحساسية المفرطة، والتوتر وتوقع الرفض من قبل الآخرين، والإطوائية، عدم الثبات الانفعالي، الانخراط فى مستوى الاستقلالية الذاتية والتوافق الذاتى والمهارات الاجتماعية، ظهور أعراض عصبية، الكبت، سلوك الوسواسى القهرى، الانخفاض فى وظيفة التحكم العفلى، المباشرة فى ردود الفعل، أحلام اليقظة، مشاعر القلق والضغوط النفسية، الرفض لمدات، اضطراب الهوية وعدم القدرة على الحصول على هوية إيجابية، نقص روح ابذرة، اتجاهات عدوانية نحو الذات والآخرين

وعموما يمكن أن يكون لتلك الخصائص تأثيرات سلبية على شخصية المتنائي ويمكن أن تؤثر على إقامته علاقات سوية مع الآخرين، ويمكن أن تمثل حواجز تمنعه من تحقيق التوافق للنفسى والاجتماعى السليم والفعال، كما يمكن أن يكون لها أثر سبية على الإنجاز التربوى لدى الطفل المتنائي.

تشخيص التناقض

كثير من الأطفال قد يتعرضون فى كلامهم. بيد أنهم يتخطون ذلك ويتحس كلامهم مع تقدمهم فى السن، بينما البعض الآخر يستمر القنثر لديهم رغبة كبر سنه، وهنا يلزم دراسة الحالة لهؤلاء الأطفال بدقة، وتقييم كلامهم لتحديد خصائص اضطراب الكلام لديهم بما فى ذلك من توقف وتكرار ومداء ودرجته ومصاحبه العضوية والنفسية.

وكلمة كن التقييم دقيقا كلما كان ذلك عاملا مساعدا فى نجاح العلاج، لذلك هناك اعتبارات لابد من الأخذ بها كى نتوصل إلى النتائج المتوخاة وهى:

- كل حالة لها خصوصيتها فلا يستعمل فى إطلاق النتائج لها بماحالات أخرى.

المصاب أو والديه إذا كان طفلاً والعلاجات السابقة والمشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والعلاقات الشخصية، وكل معلومة يرى المعالج والمصاب أو والديه في حالة كونه طفلاً أن لها دوراً في العملية التشخيصية والعلاجية.

٢- فحص الكلام:

وهو يكون فحص لمية الكلام لدى المصاب وذلك من خلال احديث المباشر مع المصاب إذا كان بالغاً، حيث يعطينا هذا الأسلوب الجوالى فكرة كدمنة عن نوع الإضطراب والأعراض المصاحبة له وردود العمل الإنعكاسية لدى المصاب، أما بالنسبة للأطفال فمن خلال ملاحظة كلامه مع والديه وحواره معهما، وهو تعرف عن قرب على علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعامله معهما وتعاملهما معه، كما نتعرف على انفعالات الطفل المصاحبة للإضطراب.

ويجب أن تعرف على ما إذا كان هناك اضطرابات لغوية أخرى لدى الطفل، وسدى تأثيرها على التأتأة إذا وجدت لأن هنا من شأنه أن يؤثر على سير العلاج ، ولأنه مع ظهور مشكلة للتأتأة عادة ما يكون المتأتى، مستخدم بعض الأليات و المظهر لمحاولة لتفادى التأتأة أو محاولة للتخلص منها، وهذه المظاهرة علنا يشر بها بالأعراض الثانوية المرتبطة أو المصاحبة للتأتأة، ومن هذه الأعراض الفسيولوجية حر كة الشفاء وأرتعاشات الوجه واهتزاز الرأس واضطراب التنفس ورمش العين

جـ. المحركات التشخيصية للتأتأة:

لا توجد طريقة أفضل وأدق من غيرها لتقييم التأتأة وتختلف الطرق مستخدمة باختلاف الأشخاص، ويعود التباين فى طرق التقييم وفقاً للإعداد التنرى ولتنريب المهسى لأخصائى أمراض الكلام وللمدة وإلى أسلوب الأخصائى كما يتطلب تشخيص التأتأة من أخصائى النحاطب أن يكون حساباً للعديد من لعمول، فالتشخيص ليس فقط تحديد أن الطفل بعيد كلمات أو أجزاء منها أو يردد أو يهليل أو يتأوم الكلام، وكذلك فمن الضرورى تحديد انساق واستمرار الاستجابات الكلامية وتاريخها والأحداث المؤدية أو المسبة للتأتأة مثل بعض الأحداث المحددة وردود العمل الناتجة لدى المستمع، كما تساعد هذه معومات فى التمييز بين اختلال الطلاقة الطيعى والتأتأة فمن المتوقع أن يظهر النفس

اختلال طلاقة طبيعي خلال مرحلة تطور الكلام وهي الكلام وهي تكون بذلك معطهر، طبيعياً في السلوك الكلامي.

ويشتمل المعيار الذي يشير إلى وجود مشكلة التأتأة على ما يلي:

١- تكرار لجزء من الكلمة في شكل وحدتين أو أكثر لكل تكرار وبنسبة ٢٪ أو أكثر من الكلمات المطبوعة، وزيادة سرعة التكرارات، والتوتر الصوتي.

٢- إطالات أطول من ثانية واحدة لكل ٢٪ أو أكثر من الكلمات المطبوعة وزيادة النهاية المفاجئة للإطالات في طبقة الصوت وعلوه.

٣- وقفات إحصائية وترددات أطول من ثائتين في تدفق الكلام.

٤- حركات لجسم واعتزاز الرأس وإرتعاش الشفاه والملك وعلامات مقاومة مرتطة باختلال الطلاقة.

٥ ردود فعل انفعالية وسلوكيات تجنبية مرتبطة بالكلام.

٦- استخدام الكلام كسب للأداء للضعيف.

٧- ثابته في تردد وشدة تشوه الكلام مع تغيرات في المواقف الكلامية

ونستخدم هذه المعايير السبعة في التشخيص وملاحظة واحدة أو أكثر من هذه السلوكيات يميز التأتأة عن اختلال الطلاقة الطبيعي.

وأورد DSM IV (1994) عدة محكات لتشخيص التأتأة:

١- اضطراب في الطلاقة العادية وطول الكلام الذي يكون غير مناسب لعمر الفرد، ويشتمل الاضطراب في الطلاقة بالتكرار لواحد أو أكثر مما يلي

١- تكرار الصوت أو المقطع.

٢- تطويل الصوت.

٣- كلمات مقتصمة أثناء الكلام.

٤- كلمات متكررة، سكنت داخل الكلمة.

٥- لسة السمعية، بحيث يسكت خلال الكلمة.

٦- الدوران حول المعنى

٧- كلمات تتعلق بزيادة توتر جسمي.

٨- تكرار الكلمة الواحدة ذات المقطع.

ب- تدخل الإضطراب في العلاقة الكلامية مع التحصيل الأكاديمي أو التواصل الاجتماعي.

وفي حالة وجود عجز حسي أو حركي كلامي تكون الصعوبات الكلامية أكثر عند اقترانها بهذه المشكلة، وكذلك الحالة العصبية.

أما رابع فقد حدد تسعة معايير لتقييم الطفل الذي يعاني الثثأة وأكد أن ظهور أي منها يعتبر علامة ومؤشراً إلى ضرورة تقييم الطفل من قبل أخصائي أمراض الكلام والدغة لتحديد فيما إذا كانت ثثأة أم لا، والتدخل المبكر يعتبر ضرورياً للوقاية منها وإجرائه لتدخلات السريعة لمنع تحولها إلى مشكلة حياتية.

١- تكرارات متعددة لجزء من الكلمة وإعادات للحرف الأول أو المقطع الأول للكلمة.

٢- إطالات الصوت.

٣- يدل نهاية الصامت (c) بصاوت ضعيف محايد.

٤- مقاومة والتوتر خلال محاولة الكلام خصوصاً في بداية الجمل، ويظهر لتوتر العضلي في منطقة الشفاه والرقبة للطفل الذي يحاول الكلام كما يتسم الكلام المستمر بالشد والتوتر.

٥- ارتفاع طبقة الصوت وحلو الصوت خلال تكرار وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات.

٦- ارتعاش الشفاه وحتى ربما اللسان عندما يتوقف الطفل عن الكلام أو يعيد أو يطيل الأصوات أو المقاطع اللفظية.

٧- ظهور سلوكيات تجسدية والإحباط لدى الطفل المصاب بالثثأة نتيجة لكلامه. كما يظهر هذه من الوقفات غير التأقفة وإبدال للكلمات

وتداخل في الأصوات أو الكلمات أو أشباه الجمل هذا إضافة إلى محب حديث.

٨- خوف من الكلام ناتج عن وعيه وإدراكه للمشكلة الكلامية ويهتدي إليه بظهور الحروف لتوقع التأتأة أو لحيرة سابقة.

٩- صعوبة في ابتداء الكلام أو الصوت والمحافظة على تدفق الهواء الملزم للكلام، ويظهر ذلك عند محاولة الكلام في بداية الجملة أو بعد حدوث وقفة طبيعية في الكلام لدى قراءة الجملة، كما يظهر عدم انتظام التنفس ويستغرق الكلام بسرعة بسبب مقاومة الطفل للمحافظة عليه.

مستويات التأتأة:

- عدم انطلاق الطبعية من ١,٥ - ٦ سنوات: في هذا المستوى لا ترد لتوقعات عن عشرة أخطاء في المائة كلمة، مع وجود غط إعادة الوحدة لصوتية الواحدة وهي الصوت، إضافة إلى وجود الحشرات بين الكلمات، وإعادة للكلمة الواحدة.
- مرحلة الخط للفاصل من ١,٥ - ٦ سنوات: في هذا المستوى تزيد الأخطاء والتوقعات عن عشرة أخطاء في المائة كلمة، ووجود أخطاء إعادة يريد عن وحدتين صوتيتين، وتكثر الإطالة والإعادة أكثر من الحشو، إضافة إلى وجود عبارات غير مكتملة، ويظهر على الطفل على الطفل لاسترجاع في حيلة التأتأة، ولا يظهر لدى الطفل ردة فعل تجاه التأتأة.
- التأتأة الأولية من ٢ - ٨ سنوات: في هذا المستوى يظهر على الطفل شد في العضلات وسرعة في الكلام، وإعادة سريعة وغير منتظمة للكلام، ويبدأ ظهور العمليات الانسحابية أثناء عملية التأتأة وهنا يعني الطفل عدم طلاقته الكمية لذلك يشعر بالإحباط.
- التأتأة المتوسطة من ٦ - ١٣ سنة: في هذا المستوى تكثر التوقفات، ويمكن أن يكون هناك بعض التكرار والإطالة، وعندها يستخدم الطفل سلوك الانسحاب لتتخلص من الأحاسيس والتوقف لحظة التأتأة ويشمل ذلك هز الرأس وحركات الوجه كرمش العين، وتحريك الأطراف. ويبدأ

الطفل باستخدام أسلوب التجنب للتأناة قبل حدوثها، وهذا يشعر الطفل
بخوف قبل التأناة والارتباك أثناءها ويصاب بالهزل بعدها.

• التأناة المتقدمة من ١٤ سنة فما فوق: في هذا المستوى تكثر الإطالة وتكون
التوقفات مصاحبة لرجمة في اللسان أو الشفاه أو الفم، عندما يستخدم
التأني التجنب الكامل حتى لا يقع في التأناة كما يستخدم أنط معقدة من
التجنب أو الانسحاب، وتكون عواطفه بين الخوف والدهشة والارتباك
وهنا يكون تقديره منخفضا لذاته.

هذا العرض سيكتمل بالرؤية العلاجية لاضطراب التأناة في الفصل القادم

(٢) اضطراب التلعثم:

يتعسر أحيانا للكلام على كثير من الأشخاص فتكثر فيه وقفات أثناء الحديث
وتتكرر في مقطع غير مناسبة ويسمى هذا بالتلعثم ويبدو على المتلعثم أن لديه قد
معد من الكلام فيجد صعوبة في نطق بعض الحروف أو الكلمات والتلعثم من
أكثر علوم الإضطرابات والتخاطب دراسة إلا أنه أقلها فهما وهو يصيب بعض أفراد
لمجتمع، وقد اختلف العلماء حول تعريفه ومعرفة أسبابه.

والواقع أن التلعثم كما يعرفه هيرلوك (Hurlock) أنه حالة من التوقف أثناء
الكلام ترافق عملية التأناة، يكون فيها الشخص للتأني، غير قادر على إخراج
الأصوات، بنيتها مباشرة وبشكل مفاجئ انسياب الكلام.

ويشير ريبير (Rehar) إلى أن التلعثم هو التوقف أثناء الكلام، وهو شكل من
أشكال التأناة، ويرى أتكسون (Atkinson) بأن التلعثم هو التوقف أو الانقطاع في
التدوير لهوائى أثناء الكلام، بينما يرى كل من شيفر وميلمان، بأن كل من التأناة
والتلعثم كلمتان تستخدمان كمترادفتين، وتعيان اضطرابات في الإيقاع الصوتي،
حيث لا يكون انسياب الحديث متصل.

أعراض التلعثم

من أهم أعراض الشعور بالحرج وتفاذي الحديث مع الآخرين أو تجنب الدخول
في مواقف أخرى خصوصا عندما تكون درجة الإعاقة شديدة يظهر معها بعض

الحركات اللاإرادية في الوجه واليدين والقدمين وإغماض العينين وفتح الفم والشد على قبضة اليد أو على اللسان داخل الفم وذلك اعتقاداً من المتعلم بأن هذا يساعد على إخراج الكلام والتحدث بطلاقة وفي كثير من الأحيان تكون أجهزة التنفس والصوت والكلام سليمة في البنية والوظيفة على الرغم من حدوث لتعلم.

مراحل ظهورها:

وتبدأ اضطرابات التعلم في أغلب الأحيان في سن ما قبل المدرسة وقبل ظهوره في سن متأخر وعندما يظهر التعلم في سن متأخرة فهو إما أن يكون لأسباب مكتسبة نتيجة لإصابات دماغية وهذا النوع نادر جداً أو أنه قد بدأ مبكراً لفترة وجيزة ثم عاود الظهور مرة أخرى، وتختلف طبيعة التعلم بمرجائه من فرد إلى آخر حيث يبدو من الصعب التعرف عليه أحياناً عند بعض المرضى إلا أنه قد يكون شديداً مما يتعذر أحياناً على المستمع فهم المعنى الذي يريد المتعلم إيصاله

مراحل تطور التعلم:

- وقد قسم بلودشتين Blood stem تطور التعلم إلى أربع مراحل:
- ١ - يحدث لتعلم غالباً بصورة عرض، كما تحدث خلال هذه الفترة نسبة كبيرة من الشفاء التلقائي.
- ٢ - تعلم الطفل عندما يعصب أو حين يتعرض إلى بعض الضغوط النفسية.
- ٣ - يكون أغلب العرض في صورة تكرار غالباً ما يكون في المقاطع الأولية للكلمة وأحياناً في كل كلمة.
- ٤ - يحدث التعلم في بداية الجملة.
- ٥ - غالباً يحدث التعلم في الكلمات ذات المقطع الصغيرة مثل الضمائر وحروف الجر وأدوات الربط.
- ٦ - لا يدرك الطفل أنه متعلم ولا يعصب نفسه كمتعلم.

المرحلة الثانية:

- ١ - طول التاريخ المرضي للتعلم كعرض حتى أصبح العرض مستتباً.

٢ - التلعثم في الكلمات ذات المقاطع المتعددة مثل الأفعال والأسماء والصعد مع عدم اختصار التكرار على الكلمة الأولى من الجملة وحدوثها في جزء من الكلمة وليس كل الكلمة.

٣- ازدياد التلعثم في المواقف الصعبة أو عند التحدث بسرعة.

٤- عدم اكتراث الطفل بتلعثمه بالرغم من اعتبار نفسه متلعثما.

المرحلة الثالثة:

١ - ظهور التلعثم في بعض المواقف والتي تختلف من متلعثم لأخر ولكن أكثر المواقف التي يظهر فيها التلعثم هي عند التحدث مع الغرباء أو الشبان أو أثناء وجود الطفل في الفصل الدراسي.

٢ - وجود صعوبة في نطق أصوات أو كلمات معينة.

٣ - يبدأ التلعثم في إبدال كلمة بأخرى والتهرب من كلمات معينة.

٤ - عدم وجود تفادى في مواقف الكلام.

المرحلة الرابعة:

تصم هذه المرحلة الراشدين بالرغم من وجود بعض الحالات في مس الطفولة في عمر ست سنوات وتتميز هذه المرحلة بالآتي:

١ - ظهور الخوف عند توقع التلعثم وهذا الخوف يتمثل في حذف الكلمة أو الصوت أو الموقف.

٢ - إبدال متكرر للكلمات والتهرب منها.

٣ - تمادي لمواقف الكلام مع وجود خوف وإرتباك وهذا يؤدي إلى هزلة المتلعثم اجتماعيا.

نظريات تفسر أسباب التلعثم:

١ - النظرية السلوكية: توضح أثر تعزيز بعض الأباء للمعثرات الطبيعية التي يقع فيها الأطفال فبعض النظر عن عدد المرات التي تكرر فيها المقاطع أو نوعها، ويكون التعزيز إيجابيا عندما يعطى الطفل اهتمام في سلخظات

نفس ينعثر فيها طلاقة للكلام، أي أن يلقى استحساناً من الوالدين فيعاود الطفل تكرار العثرات حتى تصبح عادة، وأحياناً يكون التعبير سلباً حيث يواجه الطفل بنوع من الرفض أو عدم الرضا عن الطريقة التي يتحدث بها مما يؤدي إلى صعوبة الكلام وتفاقم الخنثى والفصح أيضاً ويؤدي الشعور بالقلق إلى حدوث اضطرابات في تكوين التفكير اللازم لحدوث كلام واضح ومفهوم.

٢- كما تلعب السيادة المخية دوراً هاماً في النظرية الموضوعة التي تفسر حدوث التعلم.

٣- النظرية العصبائية (النفسية): وهي تفسر التعلم على أنه تعبير عن حالة القلق الذي يعاني منه المتعلم ويتميز السلوك العصبي بحصص منها شعور غير محبب، عدم القدرة على تقبل هذا الشعور أو ظهور سلوك يعبر عن هذا الشعور وينشأ للقلق الذي يشكل جزء كبير من السلوك العصبي عند وجود صراع قوي بين احتياجات مصادرة ولا يجد الشخص حل لهذا الصراع.

وقد أثبتت دراسات تجريبية كثيرة أن شعور الأطفال بالخوف وانعدام الأمن في مواقف التنشئة الاجتماعية ينشأ عند التعلم فقد نلاحظ:

أ- إغراط الأبوين ومغالاتهما في رعاية طفلها وتدليله.

ب- محبة الطفل وإيثاره بالتدليل.

ج- افتقار الطفل إلى عطف أحد أبويه ورعايته.

د- التمس والشفاء الأمري.

هـ- تعارض الإنهايات وكثرة الخلافات في الأسرة.

و- إجبار طفل أبسر على استعمال يده اليمنى.

ز- انخفاض التحصيل الدراسي.

ح- كبت رغبات الطفل.

ط- حقد الطفل على المحيط الدراسي.

كل ذلك يقضى إلى صراع نفسى وانعدام الأمن الداخلى وبالتالي اضطرابات الكلام، وإن كان هذا الإضطراب المسبب للصراع النفسى عبر متاعل فى العقل الباطن.

٤- النظرية النفسية: مفادها أن التلعثم يحدث نتيجة اضطرابات فى وظائف الأعصاب التى لها علاقة بالكلام كما أن العامل الوراثى يلعب دورا كبيرا فى عملية التلعثم.

لتفريعات وأسباب مشكلات التلعثم فى الكلام

تشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب التلعثم غير معروفة على وجه التحديد، وتختلف على حسب الحالات والفئات العمرية والبيئات ومعظم هذه الأسباب ترجع إلى عوامل عضوية أو نفسية، وجميع هذه متداخلة بعضها مع البعض الآخر، كما أن ثنائية اللغة أو نفسية، وجميع هذه لأسباب متداخلة بعضها مع البعض الآخر، كما أن ثنائية اللغة أو تعدد اللغات لدى الطفل تساعد على حدوث التلعثم كما يشير بعض العلماء إلى وجود علاقة ارتباطية بين التأخر اللغوى وظهور التلعثم لدى الأطفال.

وهكذا يختلف الباحثون فى تحديد الأسباب التى تؤدى إلى التلعثم، فمنه من يرجعها إلى أسباب فسيولوجية، ومنهم من يرجعها إلى أسباب نيورولوجية، ومنهم من يرجعها إلى إصابة جزء من المخ أو إلى تغيرات كيميائية، وأساليب تشيئة الخطأ

ويتفق الباحثون فى الآونة الأخيرة على دور المؤثرات الفائلية وعوامل البيئة والنفسية فى إحداث التلعثم لدى الأطفال، ويشير الطفل المتلعثم بالمعاملة التى يتلقاها من حوله، خاصة من جانب الآباء والأمهات، على أساس أنه يتلقاهم للمهارات المهنية والتربوية فى معاملة أطفالهم سواء الماديين أو المضطربين كلاميا.

وهكذا اعتبر الباحثون فى مجال علم النفس وعلم أمراض الكلام مشكلة التلعثم لا تزال لغزا محيرا ومحورا للجدل والخلاف خاصة فيما يتعلق بالأسباب وبالتالي طرق وأساليب العلاج.

نظريات التلعثم.

على الرغم من توافر كثير من المعلومات حول مشكلة التلعثم إلا أن تقسيم التلعثم إلى نظريات لتفسيره يعد عملية صعبة نظرا للتدخل الكبير فيما بينهما، وفيما يلي عرض موجز لأهم النظريات التي تفسر مشكلة التلعثم في الكلام.

أولاً: النظريات الوراثية

يفسر أصحاب الاتجاه الوراثي التلعثم على أساس أنه استعداد وراثي يجعل صاحبه معرضاً للإصابة بالتلعثم، خاصة إذا واجه مواقف وصدمات نفسية حادة، إلا أن المحتمل حتى الآن أن الوراثة عامل مهدد وليست عاملاً مسبباً لإحداث التلعثم.

وجدير بالذكر أنه لا يوجد دليل قاطع على أن مسبب التلعثم وراثي بحث وإثبات تشير وتؤكد نتائج الدراسات والبحوث السابقة إلى التفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية كسبب من أسباب التلعثم في الكلام

وحول تفسير أسباب التلعثم كتب «جيمسون» Jameson و«جوسوب» Johnson عن أهمية الوراثة لا تعدو عن كونها عوامل مهيأة للإصابة بالتلعثم وتشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن التلعثم به جزء وراثي على الأقل، وأنه يصعب الفصل بين دور العوامل الوراثية والبيئية في أحدث التلعثم. وهذا يتفق لما بحث مع الباحثين في ضرورة الأخذ بالجانب الوراثي في الاعتبار عند تفسير مشكلة التلعثم في الكلام خاصة إذا لوحظ انتشار هذه المشكلة داخل أفراد الأسرة الواحدة.

ثانياً: النظريات العضوية

قد يتعثر الطفل في الكلام نتيجة نقص أو خلل في الجهاز العصبي المركزي أو إصابة المراكز الكلامية في المخ، كما أن الشفة واللسان الحلقى وأى هيوب في الأسنان واللسان والتجويف الفموي من شأنها أن تساعد في حدوث التلعثم في الكلام.

وعلى هذا الأساس يمكن تفسير مشكلة التلعثم في ضوء النظريات العضوية على النحو التالي التلعثم والتركيز على العيوب الفسيولوجية.

- نظرية السيادة للنخية Cerebral Dominance Theory
- نظرية اضطراب التغذية السمية المرتلة (نظرية رجوع العنسى أو الأثر المرتد).
- النظرية البيوكيميائية.
- نظرية إخراج الصوت Vocalization theory.
- نظرية دورة ألفا للاستثارة Alpha Excitability Cycle Theory.

ثالثاً، النظريات النفسية

يرى بعض الباحثين أن التعلم حالة عضائية بسبب الصراع النفسى وعوامل الحرمان، العاطفى، ويرى البعض أن التعلم عرض سيكوسوماتى. وقد يرجع إلى كسب الميول العدوانية وهناك تفسير يرى أن التعلم حالة من حالات الاستدحال أو التوحّد وشكل من أشكال التطلق الهستيرى، ويرى آخرون أن التعلم بمثابة عرض هستيرى غوىلى، وهناك من يفسر التعلم على أنه تكوّن إلى مراحل الطفولة، ويؤكد علماء التحليل النفسى أن التعلم ما هو إلا عرض عضلى تكمن وراءه الرغبة الشعورية فى الكلام والحاجة اللاشعورية إلى عدم الكلام.

وعلى الرغم من أن الإكسبكتين وغيرهم قد اعتبروا أن التلق مرتبطاً بالتعلم أو أنه سبب له أو أنه رد فعل انفعالى أثناء كلام المتعلم، إلا أن العلاقة بين التعلم والتلق لا تزال محل خلاف وجدل بين الباحثين.

كما أشار كل من «ميللر وواطسون» Miller's and Watson (١٩٩٢) إلى وجود أعراض التلق والإكتئاب لدى المتعلمين بالمقارنة بغير المتعلمين، ولكن هذا الاختلاف لا يظهر فى حالات التعلم الشديد.

وتتل نظرية التعلم Learning Theory مجموعة أخرى من النظريات التى وضعت لتفسير التعلم، لأن العديد من أعراض وخصائص التعلم توضح أثر التعلم مثل الخوف من اللوم فى مواقف معينة، أو الخوف من استخدام كلمات محددة، للتعلم توضح أثر التعلم مثل الخوف من اللوم فى مواقف معينة، أو الخوف من استخدام كلمات محددة، فالتعلم طبقاً لهذا المنظور السلوكى عبارة عن سلوك مكتسب عن طريق محاكاة أو تقليد الآخرين، أو عن طريق تعزيز مواقف التعلم

لدى الأهل من خلال الأباء (مواقف الضرب والقسوة والحرمان) مما يؤدي إلى
التعلم في الكلام عند المواجهة كشكل من أشكال التوافق خوفاً من العقاب

وهكذا تؤكد معظم الدراسات على أن التعلم استجابة متعلمة في بعض
الاحيان نتيجة لنصغوط الانفعالية والمؤثرات البيئية، وهنا يظهر العامل النفسي
كذلك على سوء التوافق الاجتماعي والانفعالي، فالتكرار أو الإطالة في الكلام
نتيجة للانفعالات السلبية؛ لذلك يحاول العلماء إضعاف وعكس الانفعالات عند
تصميم برنامج علاجي لحفظ للتعلم.

وهي ضوء ما سبق نلاحظ مدى تعدد وتداخل الأسباب النفسية التي تكمن
وراء مشكلة التعلم في الكلام، خاصة فيما يتعلق بالإحباط والتوتر والخوف
وانعدوان والصددمات النفسية للفاجنة، لذلك تعددت التفسيرات النفسية لهذه
المشكلة من جانب علماء التحليل النفسي ومن جانب أنصار نظريات التعلم
والمطور السلوكي، وفسر كل اتجاه التعلم حسب مبادئه النظرية ومن ثم نجد
أن جميع الاتجاهات والنظريات تبحث في شيء واحد وهو الكشف عن أسباب
ومصادر التعلم في الكلام.

رابعاً، النظريات الاجتماعية والبيئية

إن عملية التعلم عبارة عن نشاط اجتماعي يصدر عن الفرد، ومن ثم فالكلام
مثابة أداة استقلال وتوسيع لدائرة التعامل مع الآخرين، ومن هنا تظهر ضرورة
دراسة النظريات الاجتماعية والبيئية لمعرفة دورها في إحداث مشكلة التعلم
في الكلام، على أساس أن كثير من مظاهر التوافق والاضطراب ترجع إلى نوع
العلاقات والتفاعلات الوالدية داخل المحيط الأسري.

ويرى «فريمان» (Freeman ١٩٨٢) أن تعدد النظريات والأسباب التي تفسر
سلوك معين قد يسبب نوحاً من الإضطراب والتداخل، ولكنها قابلة للفهم
وتفسير، وهكذا نجد بعض الباحثين يركزون على دور العوامل الاجتماعية
والبيئية والأسرية في إحداث التعلم في الكلام.

ولقد أجمع معظم الباحثين على أن عدم التعاطف مع حاجات الطفل والإحراج
الشديد من جانب الأباء في أمور الحياة اليومية يساعد على ظهور التعلم لدى

الأطفال نتائج بعض الدراسات أن السيطرة الوالدية هي أحد المصادر البيئية المتنبئة في ظهور التلعثم، وتمثل السيطرة الوالدية في صورة متعددة مثل معذب و لتهديد والمضايقة والتدليل الزائد والتعبد المستمر، كل هذه عوامل بيئية تهين الطفل للتلعثم في كلامه مع المحيطين.

ويرى «كونتر» Conture, E. (١٩٨٨) أن البيئة التي ينشأ فيها الأطفال تؤثر بصورة واضحة على قدراتهم اللغوية، وقد تساهم البيئة المحيطة بالطفل في ظهور اضطراب التلعثم، خاصة، عندما يبدأ الآباء في تصحيح كلام أطفالهم وعقوبتهم بدون استشارة المتخصصين في مجال التخاطب وعلم النفس.

وحديثاً ظهرت عدة نظريات تيل إلى دراسة التلعثم في ضوء بعض العوامل الاجتماعية والبيئية والتي يكون لها دوراً بارزاً في ظهور التلعثم لدى الأطفال، خاصة فيما يتعلق بطريقة كلام الآباء مع أطفالهم. فالكلام السريع والمماجن يحدث نوعاً من القلق والتوتر والخوف لدى الطفل؛ فينعكس ذلك على طريقة كلام ويتعلم فيما يلقاه الآباء ويستحرون من سلوكه ومن كلامه للتقطع.

ويتفق «بلودشتين» Bloodstein (١٩٨٦) مع الآراء السابقة حول خطورة تدخل الوالدين في تعديل وتصحيح كلام الطفل، لذلك يرى «بلودشتين» ضرورة وضع برامج تدريبية وإرشادية للوالدين لمساعدتهم في كيفية التعامل مع طفلهم المتلعثم.

ويؤكد «مورلي» Morley, M. (١٩٧٧) على أهمية الأسباب والنظريات الاجتماعية والبيئية في تفسير مشكلة التلعثم في الكلام، ويركز على دور الضغط المنزلي التي يتعرض لها الطفل خاصة فيما يتعلق باستخدام اليد اليمنى بدلاً من اليد اليسرى، ويرى «مورلي» أن الصدمات الانفعالية المفاجئة والخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الأطفال والصفط عليهم للمحدث مع الفرياد وتصحيح أخطائهم النحوية والتعبيرية من شأنه أن يحدث التلعثم في الكلام.

ويظهر دور الأسباب البيئية في إحداث التلعثم من خلال ملاحظة مدى التفوت بين البيئات المختلفة في ظهور نسبة التلعثم بها، حيث نجد أن التلعثم ينتشر في المجتمعات الغريبة الأكثر تعقيداً من المجتمعات البدائية، وتفسير ذلك

أد الحياة في المجتمعات الغربية أكثر تعقيدا من المجتمعات الشرقية، وقد أدى التدهور بين الثقافات ببعض العلماء والباحثين إلى تقديم تفسيرات لمشكلة التعلم في الكلام اتخذت من العوامل الاجتماعية والبيئية إطارا مرجعيا لها.

وبعد من أهم النظريات التي اعتمد أصحابها على العوامل الاجتماعية والبيئية نظرية «جونسون» Johnson - وتسمى هذه النظرية بنظرية انحطاط التشخيصي Errors theory Diagnosogenic - ومضمونها أن التعلم يبدأ عند تشخيصه من قبل الوالدين وخاصة الأم بمعنى أن معظم الأطفال غالبا ما يمانون من عدم الطلاقة خلال مراحل النمو المبكر؛ فيشخص الوالدان عدم الطلاقة على أنها تعلم في الكلام، وينعكس قلق الوالدين على الطفل ويبدأ في الإنباء إلى طريقة كلامه ويتجسب الحديث خوفا من السخرية والمقاب وهنا يصبح عدم الطلاقة انطيمية في هذه المرحلة تعلمنا مرضيا بسبب استجبال الآباء في التشخيص الخطأ وهذا يمكن القول أن التعلم يولد ويظهر في أذن الأم وليس في فم الطفل.

وفي ضوء ما سبق يتضح التأكيد على دور الأسباب الاجتماعية والبيئية في حدوث التعلم لدى الأطفال، وأن الوسط الاجتماعي يساعد في أحيان كثيرة على تثبيت التعلم وعلى خفضه في أحيان أخرى إذا تم التعامل معه بأسلوب سليم. وهذا الأمر يتطلب ضرورة إعداد برامج وتدريب وإرشاد لمرشدين لمساعدة أطفالهم المتعلمين في تحطيم هذه المشكلة.

خامسا: النظرية المركبة Compound theory

لا توجد نظرية واحدة لاقت إجماعا وقبولا من جانب الباحثين لتفسير التعلم في الكلام، ويقترح بعض المتخصصين أن اضطراب التعلم مشكلة مركبة نتيجة التفاعل بين العديد من العوامل والنظريات النفسية ونظريات التعلم. في حين أن هناك تجاذبات يرى أن للتعلم نتيجة التفاعل بين النظريات النفسية والنظريات الاجتماعية / البيئية

وفي ضوء النظرية المركبة نجد أن التعلم هو حاصل مجموع وتفاعل النظريات المعنوية والنفسية والاجتماعية / البيئية. وتؤكد هذه النظرية على عدم وجود نظرية محددة معينها لتفسير مشكلة التعلم في الكلام، وذلك على أساس أن هذه المشكلة

تمثل وحدة دينامية نتيجة عوامل متعددة ومتداخلة، وأن الاعتماد على نظرية مجردة من تفسير التلثم يشع الباحثين في دائرة التحيز وعدم الإلمام بنحواش المختلفة لهذه المشكلة، وهكذا تظل مشكلة التلثم مثار جدل وخلاف بين أنصار النظريات المختلفة مما يؤكد أنها لا تزال لمزاج حيراء في المجال الطبي والنفسى والتربوى.

وسيمم عرض الطرق للملاجه لاضطراب التلثم فى الفصل التالى.

ثالثاً. نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام:

تنتشر اضطرابات الكلام بين أفراد مختلف المجتمعات بنسب متفاوتة، ويشير الباحثون إلى ارتفاع هذه النسب بين أفراد هذه المجمعات، وقد يكون لعدم وجود لإحصاءات الدقيقة، وقلة الدراسات فى الوطن العربى ما أدى إلى تعاونها بين بلد وأحر.

يتضح أنه من الصعب تحديد نسب انتشار اضطرابات الكلام، واللغة نسب توقعها، وصعوبة تحديدنا، وظهورها أحياناً كجزء من الإعاقات. وتقدر نسبة انتشار اضطرابات الكلام بحوالى (١٠ - ١٥٪) بين أطفال ما قبل المدرسة، و (١/٦) بين طلاب الصفوف الابتدائية، وما عليها.

واضطرابات النطق والكلام يتعرض لها الذكور أكثر من الإناث، ولراغبين أكثر من الأطفال، وقد لوحظ أن بعض الإضطرابات مثل الثأنة فى الكلام ترداد سببتها مع تقدم العمر، وأن حالات الألفيزيا غالباً ما تظهر لدى الكبار، وسمة الإصابة فى الثأنة لدى طلاب المدارس فى الولايات المتحدة الأمريكية تصل إلى (١)، وفى إنجلترا (١٪)، وفى بلجيكا (٢٪).

وتشير مطبوعات الرابطة الأمريكية للسمع والكلام إلى أن ١٠٪ من الأفراد فى المجتمع الأمريكى يعانون من صورة، أو أخرى من اضطرابات التواصل، حيث تمثل نسبة انتشار اضطرابات النطق (محارج أصوات الحروف) المرتبة الأعلى لتصل إلى (٥٪) بينما تمثل سمة الثأنة ١٪ تقريباً.

رابعاً أسباب اضطرابات اللغة والكلام:

١- السلوك التجنبى: يعكس هذا السلوك رغبة المتأثر فى تجنب ما يترتب

عنى تلعبه من نتائج غير علوة ويأخذ أشكالاً مختلفة مثل مشر معين كحروف معينة أو كلمات بعينها وكذلك لتجنب المواقف التى ترتبط بها النتائج.

٢- ردود الأفعال الانفعالية: كالقلق، والتوتر والخوف، والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة، وأحاسيس من المحز واليأس والحمل، وقد تزداد حدة هذه لأمرافى بدرجة تعوق المتنعم عن التواصل مع البيئة المحيطة.

أسباب اضطرابات الكلام:

تتنوع الأسباب المؤدية لاضطرابات الكلام باختلاف الاضطرابات نفسها، كما أن بعض الباحثين، والعلماء يرجع أسباب البعض منها إلى عوامل وراثية، أو عضوية وظيفية، أو نفسية، أو اجتماعية مما يحعل الإتفاق على أسباب محددة من الأمور الصعبة.

يشير (الريقات) إلى أن اضطرابات الكلام قد تنتج عن العديد من الظروف المحيطة مثل إصابة الدماغ، والاختلال الوظيفى لميكانيكية الكلام، أو التنفس، وتشوهات أعضاء النطق، فعض الأطفال يخطئون بالنطق بسبب عدم القيام بالاستجابات الحركية الصحيحة لتكوين الأصوات بشكل صحيح، فهم يفعلون والشفة، والأسنان والجزء العلوى من الحلق، فقد تكون المشكلة عضوية، أو مشكلات الصوت، وقد تكون ناتجة عن الضغوط النفسية.

أسباب وراثية:

بينت الدراسات إلى وجود اضطرابات عائلية بين أفراد آخرين داخل الأسرة ولعدة أجيال وهذا ما يشير إلى دور عامل الوراثة، وقد تبين أن الوراثة لا تنع فى اضطرابات الكلام لوحدها واحداً، وقد بينت دراسات حديثة أن ٦٥٪ من المصابين ينحدرون من أسرة بها شخص مصاب، وقد تم إدخال عامل التقليد والمحاكاة كيون أحد الوالدين أو أحد الأفراد من العائلة يعانى من أحد اضطرابات الكلام، وقد وجد أن نسبة المصابين من الذكور أكثر من الإناث بنسبة أربعة أضعاف.

أسباب جسمية

يذكر (الزريقات) أن تشوه الأسنان - اللحمية - والزوائد الأنفية - تضيق اللورتين اشتداداً الشدة العليا - ضعف السمع - صوب الجهاز الكلامي - الحنك - لسان - الأسنان - الشفتين - الفكان. كل ذلك من الأسباب المعسوة التي تؤدي إلى أحد الإضطرابات الكلامية.

أسباب عصبية

يشير (عطية) إلى اضطرابات الأعصاب المتحركة في الكلام - إصابة المراكز في المخ يندف ضعف التحكم بالأعصاب في أجهزة اللق - الضعف العقلي، وإجبار الفرد لأعسر الذي يستخدمه اليد اليسرى على الكتابة باليد اليمنى، وضعف التوافق بين سهولة التعبير، وسرعة التفكير للمفاجأة، ومحاولة الترتيل وخاصة عند الخوف في مواقف الجديدة أمام الناس أو أمام اللدياع، وعند تدفق الأفكار بسرعة هائلة لا تستطيع الأجهزة الصوتية استيعابها بسهولة استعمال الأباء، وضغطهم على الأطفال في اللق دون مراعاة للتضيق وفق فروعهم الفرعية والأكثر من ذلك بعض الآباء يستخدمون التهريب والتخويف والتعليق والمعايرة وبعضهم يستخدم الرشوة لئلا يمل من أجل ذلك، التعليق على الفرد من الأهل والأقارب عندما يطق كلمة واضحة سواء عندما يضحكون معه، أو يسخرون منه

ويذكر حمدان بالإضافة إلى وجود عدة عوامل مساهمة في اضطرابات الكلام هي القلق والخوف المرتبط بتجربة مؤلمة حلشها الفرد، بالإضافة إلى علاقة الأم بطفلها وببنوعه هذه العلاقة وخاصة بما يتعلق بالبدايات اللغوية الأولى المنتهية التي تبنى تدريجياً عند الفرد.

ويشير إلى أن مجموعة من العلماء (ميندلزون، وجونس هنت، وبنكي، كوريت، ميرفي، وفينحل) تركز على أن العوامل النفسية هي سبب اضطرابات الكلام فهم يؤيدون أنها ميكانيزم دفاعي تستخدمه الذات للحد من القلق، والخوف، أو تدخل شعوري في عملية تسم أوتوماتيكية - آلية - أو لصراع بين الرغبة الشعورية في الكلام، ونقيضها اللاشعوري وهو العصب، أو الخوف من الفشل في إتمام العملية الكلامية.

أسباب بيئية

تعد الأسرة أول بيئة تربوية يتواجد فيها الطفل ويتفاعل معها، فهي التي توفر له الحماية والأمن وهي المسئولة عن توفير كل الاحتياجات اللازمة له طبقاً للمرحلة العمرية التي يمر بها، ولما كانت الأسرة هي للجمال الاجتماعي الأول الذي ينشأ فيه الطفل، أصبحت العلاقات الأسرية سبباً مباشراً من أسباب الطفل سواء سوي أو غير سوي، ودرجة الأمن التي يحس بها الطفل ذات أثر كبير في تكوينه أو عدم تكوينه من الوجهة الاجتماعية والنفسية.

كما يشير النحاس إلى أن جينيفر Jenofer يعد أسلوب معاملة الوالدين للطفل بداية المرأة التي تتضمن أحكاماً من قيمة ومكانة الطفل داخل الأسرة، فإحساس الطفل بقيمته مرتبطاً بمدى شعوره بالنقص أو شعوره بالثقة، حيث يدعم هذه الأحاسيس سنوك الوالدين تجاه طفلهم، فكلما زاد إحساس الطفل بقيمته وأهميته في المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه كلما دعم هذا من ثقته بنفسه ومن قدرته على الاعتماد عليها. وعلى العكس من ذلك فالأسرة التي يتسم فيها الوالدان بالسيطرة والتحكم، تهين جواً أسرياً مشحوناً بالضغط، الأمر الذي يؤدي إلى الإخفاق في تدم عملية التواصل بين الطفل والديه، ومن ثم مزيداً من المصوبات لنمو انطباعي بكلام الطفل، فنجعل مشكلة التعلق توجد دائماً في العلاقات التي تقوم بين الطفل ووالديه في المراحل المبكرة من حياة الطفل، فعندما تصبح مطالب القاسي والقيود المشددة ويقسمون ما ينتجها الطفل تقييماً سلبياً باستمرار، فإن الاحتمال الأكبر أن يصاب الطفل عندئذ بالفلق والتوتر، وحلوث اضطرابات التعلق.

وقد تبين من نتائج الدراسات أن حدة التثاؤن تزداد بازدياد إشغال الآباء عن أبنائهم وارتفاع مستوى تعليم الأب والأم حيث يتوقعون من أبنائهم أكثر مما يستطيعون تحمله، والعلاقات الأسرية التي يشملها نوع من الفتور تؤثر بالسلب على علاقات الاجتماعي، وزيادة الإضطراب في التعلق.

معنى ذلك أن أسباب اضطرابات الكلام تتباين بحسب الإضطراب، نوعه، وسلامه أعضاء الكلام، وسلامة الفرد النفسية، والبيئية المحيطة به، ووجد أن أن استفادة الفرد من اضطرابه قد يتحول إلى معزز لوجوده، حيث يكتسب المضطرب من خلال تعامل الآخرين معه جراء اضطرابه ما يعنى أن هناك عوامل عضوية، وشخصية كثيرة قد تؤدي بالفرد إلى اضطراب في الكلام.

الفصل الثالث

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام وعلاجها

مقدمة :

أولاً ، مدخل إلى تشخيص اضطرابات اللغة والكلام.

ثانياً ، تشخيص اضطرابات اللغة والكلام.

ثالثاً ، أساليب علاج اضطرابات اللغة والكلام.

الفصل الثالث

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام وعلاجها

مقدمة:

يعانى بعض الأطفال من اضطرابات اللغة والكلام، وتؤثر هذه الاضطرابات على نمط استجاباتهم وعلى سلوكياتهم اليومية، وتفاعلهم مع الآخرين المحيطين بهم. وقد تؤدي بهم إلى الانسحاب أو عدم المشاركة في الأنشطة اليومية لتجنب التحدث مع الآخرين حتى لا يلاحظ أحد اضطرابات والكلام لديهم وهذا لتجنب يؤدي إلى فقدان قدر كبير من التواصل مع الآخرين، مما يؤثر اللغة سلباً على شخصيات هؤلاء الأطفال.

وعند نكمن أهمية التشخيص المبكر لاضطرابات النطق والكلام وعلاج هذه الاضطرابات، حيث يسهل التشخيص والعلاج مبكراً أو يكون له تأثيراً كبير على لغة والكلام. خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، وحتى يتم التشخيص بشكل دقيق لابد من فهم فسيولوجية الكلام، حتى يعرف الاختصاصي ماهية الاضطراب

أولاً: مدخل إلى تشخيص اضطرابات اللغة والكلام:

من ٣-٤ كروماتول ولكنه يحتوي على حوالي ١٣-٢٠ بليون خلية ويسمى القشرة المخية Cortex حوالي مليمترين وهي التي تقع فيها مراكز اللغة والكلام، أما مساحتها الإجمالية فتقدر بحوالي ١,٥ متر مربع. وهي بذلك تعدل مساحتها منضدة المكتسب تقريباً، هذا وتشكل المنطقة القشرية الأكثر قدماً من الناحية التطورية جزء من الجهاز الحافزي أو الطرفي Limbic System أما القشرة المخية الحديثة الأكبر اتساعاً ولأصغر عمراً من سابقتها فقد قسمت إلى أربعة فصوص هي كالآتي: الفص الجبهي Frontal Job والفص الدماغي Temporal Job والفص الجداري Pariata Job والفص القفوي Occipital Job، ويرجع اكتشاف أن لغة نمثلة

من النصف الأيسر من المخ عند معظم الناس للعالم مارك داكس Mark Dax الذي قدم مقالاً عام ١٨٦٢ بين فيه أن أكثر من أربعين مريضاً يعانون من إضطرابات لغوية قد اظهروا علامات تلف بالجزء الأيسر من المخ، وثبت أن النصف الأيسر من المخ هو المسئول عن السيطرة الدماغية لوظائف اللغة في الغالبية العظمى من الأفراد الذين يستعدون اليد اليمنى وهو ما يعرف بالسيادة للمخية ويرجع ذلك إلى أن النصف الأيسر من المخ أكبر وأثقل من النصف الأيمن وهو معنى أن القشرة المخية أكبر في النصف الأيسر بالإحصاءة إلى أن شق سلميوس أطول قليلاً.

وفي عام ١٨٦٩ أثبت الجراح الفرنسي بول بروكا Paul Broca أن مركز الكلام يوجد في التلفيف الجبهي الأسفل الأيسر، وسُميت هذه المنطقة فيما بعد بمنطقة بروكا، وفي عام ١٨٦٨ قد أكد طبيب الأمراض العصبية الإنجليزي حاكسون فكرة نصف الكرة المخي التي أدت بالتالي لفكرة السيطرة للمخية الإصبية في نصف الدماغ الأيسر تؤدي لحشوث عدة أنواع من اضطرابات اللغة.

كما وجد فيرنيك عام ١٨٨٤ أن صعوبة فهم الكلام تنتج عن تهنث في اجراء الخلعى من القصى الصدفي الأيسر، وقد سميت هذه المنطقة بمنطقة فيرنيكس، وقد اقترح حاسومي عام ١٩٨١ أن نصف الأيمن من المخ يعمل على فهم الكلمات، مطوقة وبدرجة أقل من الكلمات المكتوبة، وفي هذا الجانب المحدد يشترك النصف الأيمن من مخ في العملية اللغوية الطبيعية مع النصف الأيسر، وأيضاً فإن النصف الأيمن من مخ يعد مسئولاً عن استقبال الأصوات غير اللغوية الموجودة في البيئة المحيطة بالإنسان إلى جانب الإيقاع الموسيقي، وكذلك فإن النصف الأيمن من المخ مسئول عن برمجة المساحة الحركية بالإصافة للتعرف على الإحساس والتعبير عن الإبهاعات، ويعتقد حالياً أنه لا توجد مناطق لغوية أو كلامية مطلقة ولكن يتم التحكم في اللغة أو الكلام عن طريق أنظمة عصبية فالمخ يعالج اللغة بثلاث مجموعات «sets» مترابطة من المنظومات العصبية وهي على النحو التالي:

أولاً: مجموعة كبيرة من الأنظمة في نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر تقوم بتشغيل التفاعلات المتبادلة بين جسم الإنسان وبيئته، ثلث لتفاعلات اعتمادية اثني تحققت بواسطة حسية وحركية مختلفة وتعني بذلك كل

الأشياء التي يفعلها الفرد أو يتركها أو يفكر فيها أو يشعر بها أثناء تعامله مع البيئة المحيطة به.

ثبُتَ مجموعة عددها أقل مما تقدم من المنظومات العصبية تقع عمومًا في نصف المخ الأيسر وتقوم بتمثيل الحروف الصوتية وتركيبها كما تقوم بتمثيل قواعد النحو اللازمة لربط الكلمات بعضها ببعض، وتعمل هذه المنظومات لدى تعرضها من داخل الدماغ على تجميع صيغ الكلمات وهنّ تولّد الجمل المطلوب قولها أو كتابتها، أما عندما يتمّ تعرض هذه المنظومات من الخارج عن طريق سماع كلام أو قراءة نصّ فإنّها تقوم بأداء المعالجة الأولية لإشارات اللغة المجموعة المرئية.

ثالثًا: هناك مجموعة من المنظومات العصبية تقع أيضًا في نصف المخ الأيسر على نطاق واسع ويتوسط المجموعتين الأولى، يمكن لهذه المنظومة العصبية أن تستوعب مفهوم معين وأن تنتج صيغ الكلمات.

كما يمكنها استقبال الكلمات وجعل المخ يستحضر المفاهيم المتداولة، ومن دراسة قام بها ويتشل ١٩٨٨ عن تنظيم اللغة دخل المخ عن طريق تحليل التصوير لمطعمي الجوزيتروني المهمة بسيطة في ظاهرها وهي تعلق الفعل المناسب لدى عرض سم شائع معضلاً قد يرى أحد المفحوصين أو يسمع كلمة (مطرقة) ويكون الجواب المناسب لها (يدق).

وأظهرت نتائج هذه الدراسة بوضوح كيف يربط تصوير امح لمعنيات عقلية في أحد المهام السلوكية الخاصة باللغة والكلام بشبكة نوعية من المناطق المحيطة التي يتألف بعضها من بعض الأداء كل عملية من عمليات الكلام، فأدارك الخدمات المعروضة بشكل بصرى، يتم في شبكة من المناطق العصبية في مؤخرة المخ، وإن منطقتي الفص الصدغي الأيسر والفص الجبهي الأيسر - منطقتي بروكا وبيرونيك - لا تصيحيان فعاثلان إلا عند إصابة مهتمين اثنين، هما (التقييم الواعي للمعاني الكلمات وانتقاء الاستجابة المناسبة) (دماسيو، ١٩٩٤).

ولوحظ أن المرضى الذين لديهم إصابة في النصف الأيسر للمخ بالقرب من شق سلفيوس لديهم أخطاء في البناء السليم للكلمات والحمل، فتعطل لديهم القدرة

على تجميع الحروف الصوتية في كلمات منطوقة، فلا يستطيعون التعلق السليم، فينطق (صعفور) بدلاً من صعفور، إلا أن إيقاع الكلام وسرعته تظل سليمة، كما أن التركيب النحوي للجملة يظل سليماً، فالقطاع حول السلفيوسي الأمامي يحتوي على منظومات عصبية مسئولة عن قواعد اللغة، والمرضى المصابون بأفة في القطاع حول السلفيوسي الأمامي تكون قواعد النحو لديهم مضطربة، فيميلون إلى إسقاط حروف العطف والضمائر بالإضافة إلى أن الترتيب النحوي للجملة غالباً ما يكون خاطئاً في حين تكون الأسماء لديهم أسهل تناولاً من الأفعال مما يدعو للاعتقاد بوجود مناطق أخرى مسئولة عن تكوين الأسماء.

ولقد بينت الدراسات التي أجريت على المضطربين الذين تبين عدم مقدرتهم على استرجاع الأسماء أنهم مصابون في القشرة الدماغية.

ثانياً: تشخيص اضطرابات الكلام

يعد التشخيص أهم مراحل التعرف على اضطرابات اللغة والكلام، ويختلف التشخيص باختلاف الأدلة، حيث يتم التشخيص وفق أسس علمية مقسمة لدى أخصائي اضطرابات الكلام الذي يستعين بالكثير من الأدوات.

تذكر هيل (Bill, 1999) في دراستها لتقييم لغة الأطفال ذوي اضطراب المجملجة في الكلام والتي أوضحت أن التشخيص لا بد وأن يتضمن دراسة لحنه، وتقييم الطلاقة، وتقييم للمهارات اللفوية. وأساليب للتعامل الوالدية

كما يشير إنجهام (Ingham, 1999) أنه لتحديد بداية التدخل لعلاج المجملجة نقصى الضرورة وجود اعتبارات مقسمة لتشخيص اضطراب المجملجة في الكلام.

بينما حدد عبد العزيز الشخص (١٩٩٧) إجراءات تشخيص اضطرابات الكلام على النحو التالي:

- ١- ملاحظة كلام الفرد أثناء حديثه مع الوالدين والأخوة.
- ٢- تجميع الملاحظات حول: نوع الاضطراب، ومدى معاناة الفرد من التوتر والانفعال، إضافة إلى الحالة الصحية ورد الفعل حيال الاضطراب، والظروف التي تعرض لها قبل تعرضه للاضطراب.

٣- تسجيل عينات من كلام الفرد أثناء التحدث مع الوالدين والأخوة والأقران، وأثناء القراءة

٤- تحليل ذلك، وتكرار هذه الإجراءات في مواقف مختلفة في المنزل والمدرسة. وذلك بهدف تحديد الظروف التي تحدث فيها الإضطرابات ويشير حسب (٢٠٠٧) إلى أن الصورة الإكلينيكية لأعراض إضطرابات اللغة والكلام تتمثل فيما يلي:

معوقات الحكم على اضطرابات النطق:

أ- العمر الزمني وذلك لأن اضطرابات النطق قد تكون مؤقتة ثم تختفي مع اكتمال النمو اللغوي عند الطفل، أو عند دخوله المدرسة أو بعدها بقليل. فلا بعد ذلك اضطراباً إلا إذا استمر بعد سن السليمة، وهـ يحتج إلى التدخل العلاجي.

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام في الطب النفسي:

صنف اضطرابات اللغة والكلام في مجال الطب النفسي إلى عدة تصنيفات وهي

أولاً، التصنيف النفسي لاضطرابات اللغة والكلام (Psycho-pathologically Based Speech Disorders).

تسم هاملتون (١٩٧٤) اضطرابات اللغة والكلام إلى ما يلي:

أ- اضطرابات اللغة والكلام الوظيفية: وتشمل التلعثم Stuttering والبكم Mutism.

ب- اضطرابات اللغة والكلام الحركية في حالات الذهان كما في حالات (الرجمة الكلامية preservation) والتي تشمل التكرار المرضي لكلام palliation أو ترديد ألفاظ Ecolalia (ومضان، ١٩٩٥).

ثانياً، تصنيف Kablan and Sadok (١٩٩٣)،

صنف اضطرابات اللغة والكلام إلى ثلاث فئات رئيسية هي:

١- عزم القدرة على اكتساب اللغة.

٢- إعاقات لغوية مكتسبة نتيجة لإصابات واضطرابات عصبية.

٣- تأخر النمو النعوى أو تأخر اللغة النمائي.

ثلاثاً: التصنيف الدولي للأمراض (ICD- 10):

قسمت المراجعة المباشرة المصححة من التصنيف الدولي للأمراض تصنيف

الاضطرابات النفسية والسلوكية Mental and Behavior Disorders

اضطرابات وصوب الكلام إلى ما يلي:

- F80 اضطرابات لغوية نوعية في الكلام واللغة.
- F80,0 اضطرابات نوعية في التلفظ بالكلام.
- F80,2 اضطرابات اللغوية الإستقبالية.
- F80,8 اضطرابات لغوية مختلفة في اللغة والكلام.
- F80,9 اضطرابات لغوية مختلفة في اللغة والكلام غير محددة (عكاشة، ١٩٩٩).

وأيضا، التصنيف الشخصي الإحصائي المعدل R (DSM-IV).

قسمت الطبعة الرابعة للدليل للتشخيص والإحصائي للإضطرابات العقلية اضطرابات وعيوب اللغة والكلام إلى ما يلي:

- 315.31 اضطرابات تعبير اللغة.
- 315.31 اضطرابات فهم وتعبير اللغة المختلفة.
- 31.8 اضطرابات وعيوب الصوت.
- 307.9 اضطرابات التخاطب غير المحددة (رمضان، ١٩٩٥).

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام في علم أمراض التخاطب:

اضطرابات اللغة والكلام هي الأمراض التي تصيب أجهزة الكلام في الإنسان وتؤدي إلى صعوبة أو عدم مقدرة الفرد على الكلام بطريقة مقبولة من محيطين به، وعيوب الكلام هي جزء من أمراض التخاطب والتي تشمل أمراض الصوت وأمراض اللغة وأمراض الكلام، وقبل أن نحدد أنواع عيوب الكلام وعلاقتها بأمراض التخاطب، لا بد أن نلقي نظرة على مفهوم التخاطب ومعناه. والتخاطب في مفهومه الحديث هو عملية نقل وتبادل الأفكار والمفاهيم بين الأفراد والجماعات، والتخاطب الصوتي يتخذ شكلاً صوتياً يقرن للصوت باللمس، وهذا ما يشار إليه باللغة، وهذا المستوى هو أرفع مستويات التخاطب، وهذا التخاطب لفظي يمكن تحليله إلى مظاهره الأساسية التي تدخل في تشكيله حتى يصل إلى لسمع متكامل، وهذه المظاهر هي:

- ١- الصوت: وهو المادة الصوتية التي تحدث نتيجة الاهتزازات في أنشاي لصوتية بالحنجرة، وهذه تمثل الصوت الأولى في الرسالة للغة.
- ٢- الكلام: وهو مجموعة الأصوات اللغوية من سواكن ومتحركات والتي تنتج من تجميع المادة للصوتية الحنجرية الأولى أو في حدث أصوات مختلفة في جهاز النطق والذي يشمل (البالعم - الحن - اللسان - الحلق - الأنف - الجيوب الأنفية - الشفاه - الأنف).

٣ اللغة: وهي النظام الرمزي الذي يقرن الصوت بالمعنى، وهذه الوظائف البشرية العليا يتحكم فيها الدماغ (تصفه الأيسر) ووراء هذه الظواهر عدة عوامل فسيولوجية لا يتم بدونها للتخاطب اللفظي، وهذه الوظائف هي (التنفس وإخراج الصوت والتلفظ واللغة) (رزق، ١٩٨٩) والأمراض التي تصيب هذه الوظائف هي ما يطلق عليها بأمراض التخاطب وتشمل الآتي:

١- أمراض الصوت: Valse Disorders وتشمل:

أ- بحة الصوت Voice Dysphonia:

وتنتج عن أسباب عضوية تصيب الحنجرة أو أسباب وظيفية، أو أسباب بيئية كالإصابات المرضية الصغرى المصاحبة لأمراض الحنجرة، وقد تكون نتيجة سوء استخدام الصوت المزمن أو ناتجة عن أسباب عصبية نفسية.

ب- فقدان الصوت Aphonia:

مثل فقدان الصوت بعد الاستئصال الكلي للحنجرة أو فقدان لصوت الهستيرى.

٢- أمراض الكلى Speech Disorders وتشمل:

وهي مجموعة طلاقة الكلام المترسل وقد يكون في صورة إطالة لبعض مقاطع الكلمات أو وقفات في الكلمة أو اضطراب داخل الصوت الواحد، وهذه قد يصحبها حركات لا إرادية أو اتعالية على وجه وأطراف المريض

ب- اللثغة Dyslalia:

وهي استمرار هيب محدد في أداء أصوات اللغة إلى سن ناضجة نسبياً، وهي أعطى صوتية مفردة في نطق بعض الأصوات عند المريض مثل صوت (س) فتكون لدغة سنائية أو جانبية أو يلمومية حسب مكان خروج الصوت.

أو لدغة رائية وهو عدم مقدرة نطق حرف (ر) أو نطق الأصوات الخلفية مثل (ك)، (ح)، كأصوات أمامية مثل (ث)، (د)، على الترتيب (رزق، ١٩٨٩).

ج- الحبسة الكلامية (Dysarthria):

وهي اضطراب أداء اللغة نتيجة لعدة عضوية بالجهاز العصبي المركزي أو الطرفي، وهي حالة مرضية يظهر بسبب إصابات عصبية تؤثر على الجهاز العصبي للنطق فتحدث مع إصابة المخية أو الشلل النصفي أو الإعاقة الحركية بسبب الإصابة الدماغية في الأطفال.

د- الخنف (المفتوح والمغلق) (Rhinolalia or nasalty):

وهي إصابة حركية تؤثر على عملية التنفس وإخراج الصوت وانطق والرنين الأنفي، فالشخص الطبيعي ينطق جميع الحروف من الفم ما عدا الحروف أو الأصوات الأنفية، وهي (م، ن، نج) كما في كلمة مالهو. أما في حالات الخنف المفتوح Rhinolalia aperta عند المريض ينطق الحروف من الأنف وترجع أسبابها إلى عطل في الصمام اللهاقي البلعومي أما في حالات الخنف المغلق Rhinolalia فتجد المريض ينطق جميع الحروف أو الأصوات الكلامية من الفم كما في حالات الإصممة بالكام وترجع أسبابها إلى انسداد مجرى الهواء في تجويف الأنف، والخنف المشترك Rhinolalia وهو الذي يحوي النوعين معاً (الخنف لفتح والخنف المغلق). (رزق، ١٩٨٩).

٣ أمراض اللغة Language Disorders وتشمل:

أ- التلعية (Dyslexia):

وهي تدهور الوظائف اللغوية بعد اكتمال نموها بسبب إصابات بالدماغ أو أمراض الأوعية الدموية التي تؤثر على نصف الدماغ الأيسر حيث توجد وظائف اللغة وتكون مصاحبة لحالات الشلل النصفي بأسبابه المختلفة.

ب- تأخر نمو اللغة (Delayed Language de development):

ويكون سبب الحرمان الحسي وأهمها حالات فقد السمع في الطفولة المبكرة، فيبقى الطفولة يميز عن الأصوات الخارجية له، ويحسر تحصيله اللغوي ما لم يسرع والديه باستخدام المعينات السمعية والتأهيل التخاطبي، وأيضاً ولكن بدرجة أقل فقد البصر وقد يرجع تأخر نمو اللغة

إلى الإصابة للدماغية في الطفولة المبكرة قبل أو أثناء أو بعد ولادة فينثر
أحجار العصبى للطفل وكذلك قدراته الذهنية والعقلية، ويصاب بدرجة
من التأخر التكرى بالإضافة إلى الإصابة العصبية بالدماغ فتؤثر على قدرته
لاستيعابية والتحصيل اللغوى مثل زملائه، كجهد الأمراض النفسية
التي تصيب بعض الأطفال كالمصام للطفولي والانطوائية أو التوحد لدى
بعض الأطفال والتي تحتاج لتدخل الأخصائى النفسى.

كما قد يرجع تأخر نمو اللغة عند الأطفال إلى غياب البيئة المنبهة لتحفيز
القدرات اللغوية للطفل فتجد أن التأخر اللغوى للطفل ينتشر فى البيئة التي
يتخفف فيها المستوى الثقافى والاقتصادى للأسرة، ويجب أن نضع فى الحسبان أن
الطفل لا يحتاج لغة من البيئة للحيلة فقط ولكنه يحتاج أيضاً إلى العلاقة العاطفية
مع الوالدين.

وأخيراً قد يرجع تأخر نمو اللغة لدى الأطفال إلى سبب غير محدد بعد استبعاد
كل الأسباب السابقة، وهذه الأمراض تخضع لبرامج علاجية منفصلة ومتنوعة
بحسب الأسباب بإتباع نظام الفريق الطبى المتكامل (روزق، ١٩٨٩).

تشخيص اضطرابات اللغة والتكلام فى علم النفس،

قسم مصطفى فهمى (١٩٧٥) اضطرابات اللغة والكلام إلى قسمين رئيسيين.

أولاً اضطرابات ترجع إلى أسباب وعوامل عضوية.

ثانياً: اضطرابات ترجع إلى أسباب وظيفية.

وهناك تقسيم آخر أكثر تفصيلاً يقوم على أساس المظهر الخارجى للعب
الكلامى وينقسم هذا التقسيم إلى ما يلى:

أ- التأخر فى قدرة الطفل على الكلام، وتشمل:

١- تأخر الكلام بسبب خلل فى القدرة السمعية.

٢- تأخر الكلام بسبب التخلف العقلى.

٣- تأخر الكلام بسبب أمراض مزمنة كالحفيمات.

ب احتباس الكلام أو فقد القدرة على التعبير والمعروف باسم الأفرى APH-
SIA وتنقسم إلى :

- ١- أفرى حركية أو لفظية Motor Verbal
- ٢- أفرى حسية أو فهمية Sensory
- ٣- أفرى كلية أو شاملة.
- ٤- أفرى نسيانية Amnesic
- ٥- فقد القدرة على التعبير بالكتابة Agraphia

ج- العيوب الإبداعية في المطلق Articulation

د- الكلام التشنجي Spastic Speech

هـ عيوب الكلام التى تشمل بطلاقة اللسان وتشمل اللجلجة أو التلعثم
والخمخة Rhinolalia والثبات أو عدم نطق حرف (س) أو لراء كما
تشمل حالات الديسارتيا Dysarthria

و عيوب الصوت Voice Disorders

ك- لكلام الطفلى Infant speech (مصطفى فهمى، ١٩٧٥).

١- المشكلات اللغوية Language disorders

٢- مشكلات الكلام Speech disorders

٣- لقدرة على الكلام Speech disability (إيلي كرم الدين، ١٩٨٩)
وفى عام ١٩٩٠ صنف الزرارة عيوب النطق والكلام كالآتى

أولاً: إضطرابات الكلام : Speech disorders

وتشمل التلعثم والسرعة الزائدة فى الكلام Cluttering

ثانياً: اضطرابات النطق Articulation

وتشمل عيوب فى إبدال الحروف أو حذفها.

ثالثاً: إضطرابات الصوت Voice Disorders

وتشمل الحة الصوتية والحنف واحتباس الصوت

رابعاً: اضطرابات اللغة والكلام الناتجة من نقص القدرة السمعية
 خامساً: اضطرابات اللغة والكلام الناتجة من نقص القدرة العقلية.
 سادساً: اضطرابات اللغة والكلام الناتجة من حالات نفسية وعصبية
 (فيصل الزرّاد، ١٩٩٠).

ويتضح مما سبق مدى الارتباط بين اضطرابات اللغة والكلام وعدم النفس،
 كما يوضح لنا أن هذا المجال هو إحدى مجالات علم النفس، حيث إن اضطرابات
 اللغة والكلام قد تكون ناشئة من عوامل نفسية تحتاج في تشخيصها وعلاجها إلى
 المتخصصين في علم النفس.

ويذكر عطية (١٩٩٩) أن اضطرابات الكلام، ومنها المتعلّجة ليس إلا اضطراب
 في تقدم الذات اجتماعياً، فهو ليس اضطراب في الكلام وإنما هو صراع بين
 الذات، والدور فقد يتكلم الفرد بطلاقة في وقت معين، وفي موقف آخر يضطرب
 في الكلام. ويرى شيهان Sheehan أن الصراع يكون بين كل من الدافع إلى الكلام،
 والدافع إلى عدم الكلام أي أن الفرد يعاني صراعاً لحظة الإعاقة الكلامية في تصويره
 أن الذات تتعرض لموقف صراع لإقدام، وإحجام مزدوج، وأن هذا الموقف يظهر
 كما اقتربت من تطلق كلمة معينة.

كما يترص روجرز Rogers أن كل فرد يستجيب ككل منظم لدوافع كما
 يدركه، وهو يقرر مصيره الخاص به، ويستطيع فعل كل شيء في حدود قدرته؛ إذا
 أراد أن يفعل ذلك، أو أتيح له الفرصة لذلك، ويتنظر لذاته، ويدركها كما هو
 لا كما يدركها الآخرون، وفي حالة الاضطراب فإن الشخص يشعر بذاته بشكل
 فيه مبالغة غير واقعية سلبية كانت، أو إيجابية، وفي حالة اضطراب الكلام يفسر
 أصحاب هذا الاتجاه أنه يحدث نتيجة لتفاعل كل من الانتباه المتمركز حول الذات،
 من خلال الإدراك للذات بشكل مبالغ فيه بصورة سلبية، وتوقع التقلّبات السلبية
 من الآخرين (النحاس: ٢٠٠٦).

بناءً على ما سبق من تعدد المحاولات التي فسرت أسباب حدوث اضطرابات
 الكلام، يمكن القول إنها ظاهرة تحدث نتيجة عوامل متداخلة ومتشابكة هذه
 العوامل هي عوامل عضوية، ونفسية، واجتماعية، وهي تمثل وحدة ديمية، وتعد

المستوية عن حدوث اضطرابات الكلام، وليس عامل معزوه، إلا أن العامل النفسي سيظل هو الأساس الذي يتأثر به كافة العوامل وتؤثر فيه أيضاً بعد ذلك بمعنى أن هناك كثيراً من الأفراد يتوفر لديهم من الاستعداد الطبيعي ما قد يسبب اضطرابات الكلام، غير أنهم لا يعانون من هذه الاضطرابات نظراً لغياب العوامل المهيئة، وهو العامل النفسية، كما أن العوامل البيئية تعجل من تكوين مشاعر اللق، وانعدام الأمن لدى نفوس الأطفال، وتتمثل في إفراط الأبوين في رعاية طفلهما، تدويله، انقار الطفل إلى رعاية أبويه، التعاسة والشقاء العائلي، الإخفاق في التحصيل الدراسي، وكذا سخرية الآخرين.

ثالثاً. علاج اضطرابات اللغة والكلام

يوجد مجموعة من المداخل العلاجية لاضطرابات الكلام تقدر ما يوجد من نظريات في تفسير هذه الاضطرابات، ورغم هذا التباين الواسع في الأساليب العلاجية. فإن معظم برامج العلاج توجه نحو الحالات المتقدمة عن امرهتين، والراشدين الذين تكون قد تطورت لديهم أعراض ثلثوية واضحة، ومشاعر سلبية قوية تجاه حالة الاضطراب لديهم ومع تعدد أساليب العلاج المستخدمة لاضطرابات الكلام، ظهر أكثر من مدخل علاجي مثل: العلاج الطبي، والعلاج النفسي، ولعلاج الكلامي، والعلاج البيئي.

العلاج عملية معقدة، ويعيلة المدى، وليس كل قياس يتم إجراؤه قبل علاج بعد تشخيص دقيقاً، وتعدد الطرق العلاجية ومنها :

العلاج الطبي،

تذكر صفاء حمودة (١٩٩١) أن الأطباء يعالجون التأتأة في الكلام باتباعهم الجراحى Surgery أو بالعلاج الكيماوى Chemotherapy وبعض الأدوية المهدئة، وقد أثبت بعض الدراسات أن هذا النوع من العلاج غير مفيد، وله محاذير كثيرة. كما تشير إلى أن هناك محاولات عديدة لعلاج التلعثم عن طرق العقاقير كالمهدئات، والفيتمينات مثل فيتامين ب٦.

ودكر أحمد عكاشة (١٩٧٥) أن نسبة عالية من المتلعثمين يعانون من خلل في رسم المخ.

وتذكر نوران العسال (١٩٩٠) أن «أرون Aron» استخدمت عقار كمهدئ لعلاج بعض مضطربي الكلام من المتلعثمين، وأنها وجدت أن ٨٠٪ من المتلعثمين قد تحسوا، ولكن لم يشف أحد منهم، كما أن استخدام العقاقير غير مجدى، وله معانير مثل الإدمان.

العلاج النفسى،

يشير حبيب (٢٠٠٧) إلى أن المدرسة السلوكية تقدم مجموعة من الفنيات للتعامل مع اضطراب التأتأة حيث استخدم Ingham (١٩٩٠) أسلوب إحالة الكلام لعلاج هذا الاضطراب لدى ٥ أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٣ عاماً، كما استخدمت صفاء غازى (١٩٩١) أسلوب العلاج الجماعى فى علاج الاضطراب لدى ٢٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٥ عاماً، واستخدم أحمد رشاد (١٩٩٢) العلاج السلوكى والعلاج يرجع الصدى أى تأخير التغذية المرتدة فى علاج الاضطراب لدى ٦٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٥ عاماً

كما تناولت مهير عبد الله (١٩٩٥) أسلوب التنظيم والتعبير غير الموجه فى علاج الاضطراب لدى ٢٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٢ عاماً، كما استخدم كاليوسكى Kalinowski (٢٠٠٢) أسلوب المكافأة والتدعيم فى علاج هذه الاضطراب وقد أشارت نتائج هذه الدراسات جميعها إلى دعية الأسلوب المستخدم فى كل منها فى علاج اضطراب التأتأة فى الكلام.

وتذكر صفاء حمودة (١٩٩١) أن مدرسة التحليل النفسى تقدم علاج التأتأة فى الكلام على أنه عرض عضلى، ولا بد من تبصير الفرد بصراعاته، وإعادة الثقة إليه، وإزالة الحواجز بينه وبين الآخرين، أى مساعدة الفرد على التوافق الشخصى، والاجتماعى، كما يتركز العلاج على تخفيف الإثارة المصاحبة لعدم طلاقة الكلام، وهو ما يشمر به المريض إزاء المواقف التخاطبية من خوف، وكبت، وتوتر، وشعور بالإنهم والعدوانية، وهذه الطريقة من العلاج لا توجه اهتمامها أساساً إلى

العرض وقتياً، وزناً المبدأ الأساسي للعلاج هو عدم تفادي اللجاجة - كتحذير أشكال اضطرابات الكلام - وقبوله مع التركيز على تنميته بربطه بالأفكار السلوكية لغير مرتبة والشخصية لدى المريض ومن هذا المنطلق نجد أنه في الأطوار البسيطة لنمو الفرد الأطفال غالباً لا يتركز العلاج على الطفل وعرضه، لكن على البيئة المحيطة به كمن تتقبله وتتصت إليه، وتشجعه على كل محاولاته التخاطبية .

العلاج الكلامي

وهو مكمل للعلاج النفسي ويعتمد على بعض الغنيات مثل: الإسترخاء الكلامي، والكلام الإيقاعي، والتعلق مع المصغ، والممارسة السلبية، وقد أخرجت دراسات عديدة من هذا الإطار منها: دراسة باكمان (Packman, 1988) التي استخدمت الكلام الإيقاعي على هيئة قوامها ٢٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٢ عاماً ودراسة هانوك (Hancock, 2000) التي تناولت ممارسة الكلام المكثف الهدي، والكلام الماتلي المنظم، والتفذية للراجعة المكثفة لدى عينة قوامها ٦٣ فرداً تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٨ عاماً ودراسة سمولكا (Smolka, ٢٠٠٢)، التي تناولت أسلوب رجع الصدى على عينة قوامها ٣٢ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٤ عاماً، وقد أثبتت هذه الأساليب جميعها فاعليتها في علاج اضطراب اللجاجة في الكلام (حبيب ٢٠٠٧).

وتصنف خادة كستاوي (٢٠٠٨) أن العلاج بالمصغ يهدف إلى الاستعداد ما علق من فكر المصغ من أن التعلق والكلام بالنسبة إليه صعب وفيها بدأ المعالج بسؤال المصغ بالاضطراب من إمكانية إجراء حركات المصغ، ثم يطلب منه أن يقوم بحركات المصغ بهدوء وسكون، وبعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمصغ قطعة طعام، وعليه أن يقلد عملية مصغ هذه للقطعة وكأنه في الواقع، فإذا تمكن من ذلك يطلب منه أن يحدث لعملية المصغ صوتاً إذا وجد صعوبة، أو شعر بالحرج من ذلك حتى المصغ أن يحدث نفس العملية أمامه، وبعد ذلك يوجه للمصغ بعض الأسئلة بصحبة نفس الإسلوب من المصغ مثل: ما اسمك، ما اسم والدك، هتاتك، اسم خوتك، ومدرستك، وما إليه... إلخ، وتدرجياً يجعل المعالج المصغ ينجب عن هذه الأسئلة بأسلوب التعلق بالمصغ، وهذه الطريقة تفيد في تحويل انتباه

المرء المصاب باضطراب في الكلام، وتجمله يتفق الكلمات بهدوء يتناسب مع عملية المضغ كذلك فإنها تسهم في التعقيد من مشاعر الخوف، فيما يتعلق ببعض الكلمات حيث يتخلص المتعلم منها من خلال محاولة نطقها ومضغها.

الممارسة السلبية Negative Practice

ابندج أوبري يبتس O. Yates هذه الطريقة على أساس أحد قوتين: كلارك H. للثقل على الخللجات والسلوك غير المرغوب فيه كما تبينه المعادلة التالية: (استجابة التأتأة = عدد مرات صدورها \times الدافع -) الكف التراكمي + الكف الشرطي).

ويمكن توليها في مجال علاج اضطرابات الكلام، وذلك بتطبيق المبدأ الأساسي لهذا الأسلوب، وهو التكرار الأيضي للتواصل للسلوك، وينتج عن هذا التوقف شعور بالراحة نتيجة لتبديد الكف، ومن ثم ينشأ من التدعيم مبدعاً إلى الاستمرار في التوقف عن إصدار السلوك غير المرغوب فيه، ومع التكرار. واستمرار التدريب يصبح مجموع الكف التراكمي + الكف الشرطي مساوياً لقوة تدعيم العادات مضرورية في الدافع وراء إصدار هذا السلوك غير المرغوب، ويكون الناتج صفراً. أي التوقف التام عن إصدار السلوك غير المرغوب فيه وهو هنا التأتأة، أو أحد اضطرابات الصوت، أو اللوازم الكلامية، ويؤدي استخدام الممارسة السلبية إلى زيادة وعي العميل بنفسه أثناء التأتأة الداء كدواء فكثرة الممارسة، ولتدريب على شئ معين يجعل الفرد يتشبع به، وبالتالي يحاول الفرد جاهداً أن يتجنبه، وكف عن ممارسته، كما يؤدي هذا الأسلوب أيضاً إلى تدريب الفرد على التحكم لإردي في أجهزة النطق سواء أثناء التأتأة أو بدونها، ويمكن استخدام مرآة يرى فيها المرء نفسه أثناء الكلام، أو استخدام جهاز تسجيل لسماع صوته في مختلف الحالات، سواء أثناء التأتأة اللاإرادية، أو التأتأة الإرادية، أو الكلام بدون تأتأة.

واستخدام أسلوب الممارسة السلبية، وتقوم على تكرار الفعل غير المرغوب فيه عدة مرات، إلى حد شعور المريض بالثعب والإرهاق، حتى ينتج عن ذلك درحة هائلة من التمتع أو المنع كرد فعل مضاد.

العلاج البيئي،

انقصود بالعلاج البيئي هو دمج الفرد في أنشطة اجتماعية حتى تتاح له انفرصة للتفاعل الاجتماعي وتنمو شخصيته ويتغنى لديه الخجل والانتطوء والانسحاب، ومن الدراسات التي أجريت في هذا الإطار وأثبتت فاعليتها: دراسة ملارد Mialard (٢٠١٤) التي استخدمت أسلوب حل المشكلة والتدريب على مهارات الاجتماعية، ودراسة هاماجوشي (Hamaguchi, 2006) التي عتمدت على مساعدات الوالدين لأطفالهم ذوي اضطراب الثأثأة في الكلام ويرى الباحث أن العلاج البيئي على النحو المتقدم لا يخرج عن كونه أحد أساليب لعلاج النفسي الجماعي التي تستمر وجود الجماعة في علاج الاضطراب عن طريق التفرغ الإنفعالي وتكوين علاقات جديدة والإستبصار وبناء عادات سلوكية جديدة (السعيد، ٢٠٠٣).

ويركز العلاج البيئي على المتغيرات التي تجري في بيئة العمل، والتي يعتقد أنها تساهم في استمرار الثأثأة، ومن خلال الملاحظة المباشرة، ومقابلة الوالدين، والأسرة يحاول الأخصائي تحديد تلك العوامل، وتغيير بيئة الطفل حتى تخفص العرمل التي تؤدي إلى استمرار الثأثأة، أو تزول تماماً. وتري صفاء حمودة (١٩٩٢) أن العلاج البيئي يستخدم على نطاق واسع في علاج المضطربين الصغار وفكسر ذلك أن المتعلم في العلاج الجماعي يرى غيره عن يعانون نفس أعراض التلعثم (من صعوبة في الكلام، وإرتعاش الشفاء وغيرها)، فيشعر بأنه ليس استذ الوحيد في هذا امرض، بل إن كثيرين غيره يعانون نفس الحالة، مما يخلق جواً من لمشاركة الوجدانية بين المتعلمين كما أن أي تقدم في العلاج لأحدهم يدفع بالآخرين لتنافس وزيادة الفرص الواقعية للشفاء. وقد استخدم الباحث هذا الأسلوب في تقديم جلسات البرنامج الإرشادي المقدم في هذه الدراسة، ومن وسائله: العلاج بالميكودراما، حيث يستخدم التمثيل كوسيلة أدائية تجمع بين الإسقاط والتنفيس الإنفعالي، وهي عبارة عن تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر وتنفيس انفعالي تلقائي.

العلاج عن طريق الإرشاد.

يرى عطية (١٩٩٩) أن العلاج بالإرشاد يتم بإعطاء المتعلم أو المتأثر مجموعة من الإرشادات تنطوي في أنه يجب عليه أن يتوقف عن التلعثم، وأنه لا بد أن يتحكم في كلامه، وأن عليه أن يركز تفكيره في ذلك، إلى جانب إرشاد الوالدين إلى ضرورة إتاحة الوقت للمتلمع ليحرر عن نفسه دون ضغط وتشجيعه على الكلام.

أ- الإرشاد النفسي للأسرة والوالدين،

إن المهدد من سمات بيئة الطفل يرتبط بجوهر الأسرة وأفرادها، من خلال تحديد، وتغيير بعض الأنماط السلوكية للأسرة يستلزم علاقة إرشاد نفسي للمجموعة ككل، وحتى يتحقق الهدف النهائي، فإن من الضروري إلقاء الضوء على احتياجات الأسرة والطفل، ويتم تصميم الإرشاد النفسي للأسرة، والوالدين لمساعدتهم على فهم كيف تؤثر سلوكياتهم، ومشاعرهم على سلوك النجل، وكذلك فهم وتقبل تلك الانفعالات، وفي بعض الحالات يشعر الأخصائي بأن كلام الطفل مقيد، ويحيطه عدم الطلاقة الطبيعية عندما يكون هناك قلق واعتماد مستمر من الوالدين، وفي مثل هذه الحالات يكون اعتماد الوالدين هدف حقيقي للتدخل العلاجي، وهذا التدخل لا يعنى تزويد الوالدين فقط بالمعلومات عن عدم الطلاقة الطبيعية، وإنما على الأخصائي أن يعترف بمشاعر الوالدين، ويتعامل معها، وفي هذه الحالة يكون الوالدين هم المفحوصين، وليس الطفل.

ب- تحديد المرحلة العمرية،

هناك اتجاهات متعددة نحو علاج التأخر وأسبابها ولذا فإنه يجب أن تحدد طريقة العلاج التي تعتمد على عمر الفرد الذي يعاني من التأخر؛ حيث تختلف الأساليب المتبعة مع صفات الأطفال الذين مارالت نمو لديهم عن المراهقين، والراشدين الذين يعانون من المشكلة منذ سنوات عديدة. ولقد أوضح كل من شمس وإيزابيث (Sharnes, G& Elisabeth, H, 1982) عدد من تلك الأساليب:

١ - علاج الأطفال ذوي التأخّات

إن الأساليب العلاجية للتعبية مع الأطفال في مرحلة الهد، ومرحلة م، نس المدرسة الدين تنتشر بينهم التأثأة أساليب ثابتة نسبياً، ولها معدلات مرتفعة من النجاح وهناك طرق عديدة للتدخلات العلاجية للتأثأة المبكرة، ومنها:

٢- العلاج المباشر

يستلزم هذا النوع من العلاجات رؤية مشطة، ومنظمة لتقبل الطفل الذي يعاني من التأثأة للعلاج، ويعنى هذا في بعض الأحيان التعامل بشكل مباشر مع أهرض الكلام لدى للطفل، ولكن في أحيان أخرى كثيرة يعنى مشاهدة الطفل أثناء اللعب حوله، ودون التركيز بشكل مباشر على سلوك التأثأة. إن الافتراض الطرى هو أن تأثأة الطفل عرضية حيث أنها عرض لبعض المشكلات الأساسية ذات الطبيعة النفسية، أو البين شخصية.

العلاج عن طريق الاسترخاء

نقوم هذه للطريقة على أساس أن التلثم ينتج عن زيادة للضغط على جهاز العصبي للمرد، ويتم الاسترخاء بطريقة اليوم إذ يعتبر إجراء وقائياً وعلاجياً لراحة اجهزة العصبي وهناك طريقة العلاج بحملات الماء الدافئ كإحدى طرق العلاج الطبيعي. حيث يتم علاج التوتر العصبي للعضلات عن طريق حمامات الماء الدافئ والمسح بفرص الوصول لاسترخاء العضلات (عبد ربه، ٢٠١٠).

وتحتلف وتتعدد المداخل العلاجية وهذا الاختلاف يدل على اهتمام كافة التخصصات بدراسة هذه الاضطرابات، وإتباع أساليب لعلاجها، كما أن هذه الشاين الحاصل يثرى الجانب العلاجي بتعدد الطرق، والأساليب العلاجية مما قد يسهم في التوصل إلى خط جديد من انماط العلاج، وجملة القول أنه لا توجد طريقة واحدة فعلة في معظم أو جميع الحالات التي تعاني من اضطراب التأثأة في الكلام، وإنما يرجع ذلك إلى التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب مع لوضع في الاعتبار مفهوم الحمة النفسية الذي يؤكد على انعدام التماثل التام بين الحالات

أولاً، العلاج التفسيسي،

مع تعدد وجهات النظر في علاج التأتأة والتلعثم، فقد تعددت الأساليب والطرق المستخدمة في العلاج، فقد استخدم ولبس (welpes) تقليل احساسية التدرجى (Systematic Desensitization) في علاج التأتأة وذلك بتعليم الطفل المثانيء استجابة بديلة للمخاوف والقلق وذلك من خلال عملية الكف المتبادل.

واستخدم شامر (shames) نموذج الكلام البطئن (speech) (speech) slowed - down) الذى يسمح باستمرار إخراج الأصوات الكلامية بين الكلمات التى يتم تشكيها، كما وضع وبستر (webester) برنامج دقة وإحكام الطلاقة (patten precision) (fluency shaping program) والذى يقوم على فرضية أن العملية الصوتية عند المتلعثمين مشوهة وبحاجة إلى إعادة بناء وتدريب.

واستخدم مور (Moore) التعزيز والعقاب المتزامن مع الاستجابة، حيث يتم تقديم العقاب بشكل متزامن مع حدوث التأتأة، وبالمقابل يتم تقديم التعزيز بشكل متر من مع الكلام بطلاقة.

واستخدم فشان (Fishman) أسلوب الممارسة السلبية (Negative prac) - (nec) والذى يقوم على أساس ممارسة الشخص للتأتأة بأقصى درجة ممكنة، سيما استخدام شيرى (chery) أسلوب التردد (shadowing) والذى يقوم على أساس تردد، ينتهى، للكلمات وراء للمعالج كما يسميها.

واستخدم البعض الآخر أسلوب تعزيز السلوك الإيجابى للتحدث، باسميات، حيث يؤدى الانقطاع عن التأتأة لفترات قصيرة إلى الحصول على التعزيز، وينبى هنا أن تكون الفترات التى يستخدم فيها التعزيز قصيرة لدرجة تكفى عدم وجود التأتأة أثناءها، على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قل تكرار التأتأة.

وأكد ميير (Meyer) وأندروس (Andrews) بأن التأتأة فى الكلام تقل هندما يصبح للكلام ستم، وتقوم بطريقة الكلام المخم (Rhythmic Speech) هى الفتر من أن تقطيع الكلمات أو المقاطع حسب نغمة معينة، باستخدام جهاز أو أداة تعيم، يؤدى إلى تقليل التأتأة.

وحدثنا قدم كل من بورنس (Burns) وبرايدى (Brady) وصفاً لتقنية في معالجة التأتأة تدعى "التدفق السلسل للهواء" (Air flow) أو البداية الأسهل (easy onset)، حيث يبدأ الكلام بانجاء حماية زفير خاضعة ويبدأ بالقطع الأول، والذي يختلط بشكل تدريجي (Imperceptibly) مع الزفير، بالتدفق بشكل سلس، وتزهد هذه الطريقة بعض الصعوبات التي يواجهها بعض الأفراد الذين يعانون من التأتأة في عملية إعدادهم للكلام، وبالرغم من أن هناك آثار ملحوظة إيجابية لها، إلا أنها عادة ما تأخذ عدة أشهر من التدريب لتطوير كلام طبيعي (زويغات، ١٩٩٣).

يتضمن برنامج علاج التأتأة أربعة محاور:

المحور الأول:

شرح مفصل لمفهوم اضطراب التأتأة للشخص الذي يعاني من التأتأة والشخص الذي يصاحبه، لأن صاحب الاضطراب، يفهم أن التأتأة مرض عضوي يصيب أعضاء النطق ويجعل الظاهرة الوظيفية للتعرض، للتمثلة في النفس العكسي فمن خلال المقابلة أثناء الجلسات الأولى، يتم توعية هذه الحصة تدعو إلى تجاوز كبيرة من مراحل العلاج.

المحور الثاني:

يوجه المصطرب إلى كيفية التغلب على مشكلته وكيفية السيطرة على المرافقة الدتية أثناء التواصل مع الغير.

المحور الثالث:

يجب على الشخص الذي يعاني من التأتأة أن ينسى اضطرابه، لأنه كما فكر فيه تأثره أكثر، بل يجدد به أن يركز فيما يقوله للغير على مراقبة نفسه، وتقوية هذه المراقبة لذاتية بالثقة عند وجود الطرف الثاني وهو المستمع، فالمراقبة الذاتية تساعد على موازنة ذاتية بين ما يقوله وبين ما يستمع إليه.

المحور الرابع:

تصحيح الإيقاع الكلامي الذي يبدأ من أول جملة مع أخصائي التخاطب

ويتأثر العلاج بعامل الوقت فكلما بدأ العلاج مبكراً (التدخل المبكر) كلما أدى إلى نتائج أفضل كما يتأثر العلاج بوجود إعاقات أخرى مصاحبة لمشكلة التعلم والتأخر كالإحاقة العقلية أو تأخر النمو اللغوي أو فقدان السمع والنظر.

علاج التأخر

تؤكد طرق علاج التأخر على تغيير البيئة المحيطة التي يعيش فيها الطفل وطبيعة المنبهات اللغوية ويحرص المعالج أن يبنى علاقة قوية بينه وبين الطفل من أجل النجاح في التوصل إلى الأهداف العلاجية فكثير من الأطفال يصعب عليهم تفهم طبيعة العلاج ويرفضون المواجهة بالصعوبات التي يقومون فيها أثناء الكلام ويؤكد العلاج على استخدام بعض الإرشادات للوالدين والمدرسين لتتخصص فيما يلي:

١ تخفيض ضغوط الوقت

١ يتحدث كثير من الأطفال بسرعة فائقة لذلك يتم استخدام فترة من الصمت بعد التحدث إليه أو قبل أن تستجيب له أثناء الحوار استخدام هذه الطريقة بصفة مستمرة تجعل الطفل يتأني في الحديث خصوصاً إذا تعود على هذا النوع من الحوار.

٢- حاول أن تتأني في الحديث وتكلم ببطء واسترخاء مع جميع الأشخاص في أسرته واتنى على الأشخاص الذي يتأنيون في حديثهم.

٣- أعط الفرصة للطفل أن يستمر في الحديث خصوصاً في المناسبات التي يصعب فيها كلامه وتجنب مقاطعته وإنهاء الجمل له أو قول الكلمات التي يجهزها حاول الاستماع بهدوء واسترخاء ودع الطفل يشعر بأن لديه ما يكفي من الوقت ليقول ما يريد قوله.

٤- خصص متسعاً من الوقت للتحدث مع الطفل المعرض للتأخر وتجنب الحديث معه حينما تحتاج بالفعل إلى القيام بأشياء أخرى مثل إعداد طعام العشاء أو كتابة الجدول اليومي على السبورة أو عندما تكون في حالة من التوتر.

٥- ضع نظاماً روتينياً يومياً وخصص ما يكفي من الوقت لكل نشاط مكرر يمكن تخصيصه لوقت هدوء أثناء النشاطات المحدودة مثل التحضير لذهاب إلى المدرسة أو إعداد طعام العشاء أو تغيير نشاطات الفصل الدراسي وأثناء فترات الهدوء هذه أطلب من الطفل القيام بأشياء أخرى غير التحدث كقراءة القرآن والأناشيد والغناء أو قراءة كتاب أو مشاهدة تلفزيون أو الاستراحة وبهذه الطريقة تتلخص من الحديث خلال تلك الأوقات التي قد تؤثر سلباً في المقدرة على الحديث بطلاقة.

ب- تخفيض القلق بخصوص المشاكل،

١- أولاً يجب أن يمنع الآباء عن انتقاد أبنائهم أو أطفالهم عند حدوث التعلم وامتناعهم أيضاً عن تصحيح كلام الطفل أو مساعدته عند حدوث العثرات كما يجب أن يعبروا أي أهمية لمشكلة تعلم طفلهم حتى لا ينتقل هذا الإحساس فإذا حدث هذا واعتبر الطفل نفسه متلعثماً سوف تظهر عليه ردود فعل للتقاضي.

٢ دع الطفل يعرف بأنك تستمتع دائماً بالحديث معه.

٣ ساعد طفلك على الربط الحديث وبين أحداث سارة ولطيفة مثل العشاء أو رواية الحكايات أو قول كلمات تنتهي بأحرف متماثلة أو ممارسة ألعاب صوتية وكذلك القراءة أو رواية القصص.

٤ لا تطلب من طفلك أن يتحدث أمام الأشخاص الآخرين وإذا ما اقتضت الضرورة مناداة الطفل في الفصل الدراسي ناديه في وقت مبكر لتفادي تراكم القلق من الكلام.

٥- لا تطع من طفلك أن يبطن أو يأخذ نفساً قبل التحدث لهذه الاقتراحات تزيد في الغالب من حدة المشكلة.

٦- مطابقة الأبناء بالمثالية والمبالغة في القيود يمكن أن يؤدي إلى سلوك التفادي لذا ينبغي تجنب ذلك.

٧- إذا كان طفلك يتكلم بصعوبة مفرطة أو يتوقف عن الكلام بسبب التلعثم

أو يخبرك بأنه لا يستطيع أن يتكلم عليك التسليم بالمشكلة والتأكيد له أنك موجود للاستماع إليه وأنه لا يهم كم من الوقت سيستغرق حديثه مثلاً يمكنك أن تقول: «كان من الصعب عليك قول ذلك وجميعنا يواجه مشاكل في التحدث أحياناً غير أنني موجود للاستماع إليك».

٨- لا تلجأ الطفل على الكلام عندما يقع في التلعثم أو عندما يكون مجهداً أو في حالة انفعال ولزبائك وفي المواقف التي يتحسن فيها كلامه استمر معه في الحديث حتى يشعر أنه يستطيع أن يتحدث بطلاقة دون تلعثم.

علاج التلعثم عند الكبار

يعتبر علاج مرض التلعثم باستخدام طريقة علم التفادي أكثر شيوعاً وهي تقسم إلى ست خطوات هي:

١- التشجيع Motivation:

وهذه الخطوة تساعد المريض في التخلص من مشاعر الخوف والقلق حيث يتقابل مع مريض آخر تم شفاؤه أو يشاهد بعض أشرطة الفيديو لتوضيح مدى تحسن المريض بعد إتمامه لمراحل العلاج في هذه المرحلة يوضح للعلاج بعض المفاهيم الخاطئة عن المرض ويبين طبيعة العلاج ومدة العلاج وأهمية الصبر والمثابرة جعل المتعلم أكثر أملاً في الشفاء.

٢- التعرف على المريض Identification:

يتعرف المريض على المواقف التي يخاف منها بسبب التلعثم والكلمات التي يصعب عليه لفظها وعلى طبيعة العثرات التي يقع فيها أثناء الكلام والحركات المصاحبة للتلعثم ويتعرف فيها المريض أيضاً على وجود نسبة كبيرة من الكلام الطلق والتي تلوّن توقعاته وبذلك غدا المتعلم أن مشكلة تلعثمه الحقيقية تشكل جزءاً ضئيلاً من كلامه.

٣- إضعاف الحساسية عن الاضطراب Desensitization:

يقوم المعالج بمساعدة المريض لكي يتغلب على الانفعالات النفسية ومشاعر القلق والتعامل مباشرة مع الصعوبات التي يواجهها في الكلام. يبتاع كثير من

الموصى في تقدير المواقف التي يقع فيها في بعض المواقف، ولهذا يحرص المعالج على وضع برنامج علاجي متدرج يستطيع من خلاله التعرف على المواقف التي تصعب عليه، كما يوضح للاضطراب أن القلق والخوف مطلوب لكن شعور لكن بنسبة غير مبالغ فيها.

4- التغيير Variation

الهدف هو أن تساعد المضطرب على معرفة أنه يمكن أن يغير من طبيعة العثرات التي يقع فيها حين حدوثها وذلك بتحويل الكلمة التي تصعب عليه كأن يضيف أو يحدف جزءاً منها، فممكن المريض من خلال سلوكه الإدراكي في تغيير لطريقة التي يتعلم بها يعطى مؤشراً إيجابياً على قدرته في التغلب على المصعب المتعلقة بالتعلم فضلاً عن أهمية هذه الطريقة العلاجية للتخفيف من لشعور بالقلق والإيمان بثقة على المواقف التي كان يفادها.

5- التقريب Approximation

تم هذه المرحلة من خلال ثلاثة خطوات هي الإلغاء والاعتدال واستدوير.

أ- الإلغاء Cancellation: يقوم فيها المريض بعدم الاستقرار في لفظ الكلمة التي يتعلم فيها ثم يعيد الكلمة مرة أخرى وينهى عليه في هذه المرة أن يكمل الكلمة حتى ولو حدث فيها عثرات.

ب- الاعتدال Pullouts يتعامل المضطرب في هذه المرحلة مع النحطة التي يتعثر فيها كلامه في كلمة ما وليس بعد حدوث التعلم، يقوم المريض بتطبيق ما تعلمه في مرحلة الإلغاء عندما يشعر بصعوبة في لفظ إحدى الكلمات لكن بدلاً من التوقف ثم تكرار الكلمة يقوم المريض بتطوير الصوت الذي حدث فيه التعلم حتى يتمكن من تصحيح مساره.

ج- التحضير Preparatory sets هذه المرحلة تتعلق بتوقع التعلم فإذا توقع المضطرب بأنه سوف يتعلم في كلمة ما فعليه أن يلفظها من خلال التوفيق بين إخراج الصوت والتنفس أو استخدام إحدى طرق العلاج التي يمارسه مع المعالج.

٦- الاستقرار Stabilization

يستمر المريض في هذه الخطوة في استخدام الطرق التي تعلمها لتسهيل طاقة الكلام ويقتن عدد ابتلاسات العلاجية ويتعلم المريض استخدام هذه الطرق مع أشخاص زائرين حتى لا يكون هناك عوقاً حتى في وجود الغرباء.

ينبغي على المريض الانتظام في التواجد المخصصة للعلاج يستطيع التعامل مع صعوبات الكلام التي تواجهه (الميسوي، ٢٠٠٦).

قائمة المراجع

المراجع العربية

- ١- رشدي محمد (٢٠٠٤). المهارات اللغوية. دار الفكر العربي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- ٢- زكريا الشربيني (٢٠٠٢). المشكلات النفسية عند الأطفال. دار الفكر العربي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- ٣- يميني كرم الدين (٢٠٠٤). اللغة عند طفل ما قبل المدرسة. دار الفكر العربي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- ٤- دايعة قطامي (٢٠٠٨). تطور اللغة والتفكير. جامعة القدس المفتوحة. اشركة عربية. متحدة للتسويق والتوزيع. الطبعة الأولى.
- ٥- سهير محمد داين (٢٠٠٠). اللجاجة أسبابها وعلاجها. دار الفكر العربي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- ٦- سامي محمد ملحم (د.ت). مشكلات طفل الروضة. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.
- ٧- طارق زكي (د.ت). سيكولوجية التعلم في الكلام. دار المنم والإيمان للنشر والتوزيع.
- ٨- نورا العسال (١٩٩٠). التعلم. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الطب. جامعة عين شمس.
- ٩- إبراهيم كاظم المعظمي (١٩٩٨). معالم من سيكولوجية التعلم والنمو والتطور والشباب. بغداد. دار الشؤون الثقافية العامة. الطبعة الأولى.
- ١٠- عبد الرحمن محمد الموسوي (١٩٩٠). باثولوجيا النفس الإسكندرية. دار الفكر العربي.

- ١١- عباس محمود . علم النفس العام . الإسكندرية . دار المعرفة احدمعية . بدون تدريج .
- ١٢- محمد محمود حمودة (١٩٩١) . الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج) . القاهرة .
- ١٣- فيصل عباس (١٩٩٤) . أخصاء على المعالجة النفسية والغطرية والتطبية . بيروت . لبنان . دار الفكر للباس . الطعة الأولى .
- ١٤- عبد الحليم محمود السيد وآخرون (١٩٩٠) . علم النفس العام . القاهرة . مكتبة غرب . الطعة لثالثة .
- ١٥- عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٠) . باثولوجيا النفس . الإسكندرية . دار الفكر العربى .
- ١٦- حامد النقش (١٩٩٠) . دراسات فى سيكولوجية النمو . الكويت . دار لقلم الطعة الرابعة .
- ١٧- حمى أحمد (١٩٩١) مبادئ علم النفس . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية الطعة الأولى
- ١٨- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٠) . علم نفس النمو . القاهرة . عالم الكتب . الطعة الخامسة .
- ١٩- عبد الميم الحفنى (١٩٩٢) . موسوعة الطب النفسى . الكتاب الجامع فى الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا . القاهرة . مكتبة مدبولى . لمجد الثانى .
- ٢٠- انتصار يونس (١٩٩١) . السلوك الإنسانى . القاهرة . دار المعارف الطبعة الثانية .
- ٢١- محمد أحمد خالى ، رجاء محمود أبو علام (١٩٧٤) . الفلق وأمراض الجسم . دمشق . الطبعة الأولى .
- ٢٢- اينس عبد الفتاح أحمد (١٩٨٨) . دراسة نفسية فى اضطرابات انطق والكلام رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية الآداب . جامعة عين شمس .

٢٣ - صفاء عزى أحمد (١٩٩٢). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي والممارسة المهنية لعلاج بعض حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

٢٤ - محمد عبد الرؤوف عطية (٢٠١٠). طفولة بلا مشاكل. مؤسسة طيبة للنشر.

٢٥ - صالح يحيى العامدى (٢٠٠٩). اضطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة بالنفس وتدهور الذات لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة. رسالة دكتوراه. غير منشورة. كلية التربية. جامعة أم القرى.

٢٦ - غادة محمود محمد (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادى للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة. رسالة ماجستير. غير منشورة. كلية التربية. جامعة أم القرى.

٢٧ - فيصل العميف (د.ت). اضطرابات النطق واللفظ. الرياض. مكتبة الكتاب العربى.

٢٨ - إبراهيم زريقات (٢٠٠٥). اضطرابات الكلام واللفظ (التشخيص والعلاج) ص.ن. دار الفكر للنشر.

٢٩ - علاء عبد المنعم (١٩٩٩). مشكلات الكلام عند الأطفال. رسالة ماجستير (غير منشورة) معهد دراسات الطفولة. جامعة عين شمس

٣٠ - سعد مصلوح (٢٠٠٠). دراسة السمع والكلام. القاهرة عالم الكتب

٣١ - محمد محمود النحاس (٢٠٠٦). سيكولوجية التخاطب لدى الاحتياجات الخاصة. ط١. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٢ - محمد حبيب حبيب (٢٠٠٧) الثقة بالنفس والجلجلة فى الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية (دراسة: سيكومترية، تجريبية، إكلينيكية). القاهرة. المركز القومي للتفوق التربوي.

٣٣ - وفاء البية (١٩٩٤) أطلس أصوات اللغة العربية. موسوعات طب الصوتيات اعلمية القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- ٢٤ - خالد رمضان عيد المتاح (٢٠٠٨). فعالية برنامج تدريسي نظامي الدمج وبمركز في تعديل اضطرابات النطق وأثره على تحسين السلوك التواقي لدى الأطفال المعاقين عقليا. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة بنى سويف.
- ٢٥ - سعيد حسنى العزة (٢٠٠٩) الإعاقة السمعية والاضطرابات الكلام والنطق. ط١. عمان. للدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- ٢٦ - إيهاب عبد العزيز البىلاوى (٢٠٠٢). اضطرابات النطق. دليل أخصائى النطق والطب والعلميين والوالدين. الرياض. مكتبة الرشيد.
- ٢٧ - أحمد محمد رشاد (٢٠٠٣). برنامج علاجى لعيوب الكلام لدى المراهقين امصابين بالشلل التوافقى. رسالة دكتوراه فى الدراسات المسية والاجتماعية. معهد دراسات الطفولة. جامعة عين شمس.
- ٢٨ - عبد العزيز للشخصى (١٩٩٧). اضطرابات النطق والكلام علميتها تشخيصها أنواعها. علاجها. الرياض. شركة الصفحات الذهبية المحدودة.
- ٢٩ - حماد عبد السلام زهران (١٩٨٥). علم نفس النمو والطفولة والمراهقة ط١ القاهرة. عالم الكتب.
- ٣٠ - فيصل خير الزرارة (١٩٩٥). اللغة واضطرابات الكلام. الرياض. دار المريخ للنشر والتوزيع
- ٤١ - عبد العزيز الشخص، عبد الفتاح الدماطى (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير المعاقين. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤٢ - عبد العزيز السوطاوى، وائل أبو جوده (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام. لرياض. أكاديمية للتربية الخاصة.
- ٤٣ - عبد العزيز السوطاوى (٢٠٠٠). الإعاقة العقلية. القاهرة. مكتبة الفلاح.
- ٤٤ - زينب محمود دشتير (٢٠٠٥). طرق التواصل والتخاطب للصامتين والمعتثرين فى الكلام والنطق. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- ٤٥ - منال على محمد مقل (١٩٩٥) دراسة لبعض خصائص الشخصية لدى

- الأطفال الذين يعانون من اضطراب اللجاجة في الكلام. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة الملك سعود.
- ٤٦- هشام جادو أبو سعيد (٢٠٠٣). اللجاجة والتلعثم عند الأطفال. عالم الإعاقة. ٤٦ع. الرياض. مكتبة الملك فهد. ص ٢٢-٢٣.
- ٤٧- موزة المالكي (١٩٩٦). أطفال بلا مشاكل زهور بلا أشواك. الرياض. دار النهضة العربية.
- ٤٨- محمد عودة الرمادي (١٩٩٤). سيكولوجية الفروق الفردية والجمعية في الحياة النفسية. ط١. عمان. دار الشروق.
- ٤٩- عبد الرحيم عطية (١٩٨٨). عيوب النطق. برامج في تمثيل السلوك. عمان مطبوعات وزارة التربية والتعليم.
- ٥٠- أحمد عكاشة (١٩٩٩). الرابطة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. الإسكندرية. منظمة الصحة العالمية.
- ٥١- محمد عودة الرمادي (١٩٩٤). برنامج علاجي جمعي للجنة الموقفية مجلة دراسات. المجلد (٢١). العدد (٤). عمان. الجامعة الأردنية ص ١٤٤-١٨٠.
- ٥٢- عبد العزيز السرطاوي، وائل موسى أو جودة (٢٠٠٠) اضطرابات اللغة والكلام. الرياض. أكاديمية التربية الخاصة.
- ٥٣- محمد سيد عطية (١٩٩٩). برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- ٥٤- سعد عبد العزيز التويم (٢٠٠١) مدخل لحقيقة الطفل المتأخر فكريا وكيفية التعامل معه (مع مشكلة عيوب النطق والكلام وأساليب علاجها). الرياض. مكتبة الملك فهد.
- ٥٥- عبد المنعم الحيلادي (٢٠٠٤). مشاكل نفسية تواجه الطفل. الرياض. مؤسسة شباب الجامعة.

- ٥٦- يوسف نظفى بطرس (٢٠١٧). برنامج تتخاطب بالكمبيوتر لتسمية عميات الكلام ولتعليم النغوى لدى الأطفال ذوى صعوبات لتتعلّم الكلامية ولقرائية فى المرحلة العمرية من ٦-٨ سنوات. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات النفسية والاجتماعية. جامعة عين شمس.
- ٥٧- عصام ثرة عودة (٢٠٠٦). اضطرابات النطق لدى طلاب المرحلة الابتدائية دراسة مسحية للطلاب ذوى الأصوات ٨-١٠ سنوات. مجلة كلية المعلمين. ع (٧). جدة. المملكة العربية السعودية. ص ١١٧-١٤٧.
- ٥٨- مرد على عيسى، وليد السيد خليفة (٢٠٠٧). كيف يتعلم المخ لذوى اضطرابات الكلام. ط١. الإسكندرية. دار الوقاء للطباعة والنشر.
- ٥٩- سيد محمد غنيم (١٩٨٧). سيكلوجية الطفولة. ط٢ القاهرة. دار النهضة العربية.
- ٦٠- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٨) علم النفس الإكلينيكي القاهرة دار لقاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٦١- ياسر عبد الفتاح (١٩٨٨). دراسة نفسية فى اضطرابات النطق والكلام (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية الآداب جامعة عين شمس.
- ٦٢- زكريا أحمد الشربيني، منصور عبد المجيد (١٩٩٨). علم نفس الطفولة (الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامى). القاهرة. دار الفكر العربى.
- ٦٣- جمعة السيد يوسف (١٩٩٠). سيكلوجية الطفل والمرضى العقلى. الكويت هلم المعرفة.
- ٦٤- مصطفى فهمى (١٩٧٥). أمراض الكلام القاهرة. مكتبة مصر
- ٦٥- إبراهيم زريقات (١٩٩٣). فعالية التدريب على الوعى وتنظيم التنفس فى معالجة النأتاء. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. الجامعة الأردنية.
- ٦٦- حورية مای (٢٠٠٢). علاج اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة عند أطفال لمأوس العادية. دى. دار القلم.

- ٦٦- سيلة حسن الشوريجي (٢٠٠٣). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها. الرياض. دار النهضة العربية.
- ٦٨- فان رايبير (١٩٦٠). مساعدة الطفل على إجادة الكلام. ترجمة صلاح الدين لطفي. القاهرة. دار الفكر العربي.
- ٦٩- محمد الزريقات (٢٠٠٥). اضطرابات اللغة والكلام. ط١. عمان. دار الفكر للنشر والتوزيع.
- ٧٠- محمد أيوب شحيمي (١٩٩٤). مشاكل الأطفال . كيف نقيّمها. بيروت. دار الفكر اللبناني.
- ٧١- شيفرو وملمان (١٩٩٩م). سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها، ترجمة سعيد العزة. عمان. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع
- ٧٢- مروة حسن صالح (١٩٧٨). تأخر نمو اللغة عند الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الطب. جامعة عين شمس.
- ٧٣- أحمد محمد حسن رزق (١٩٨٩). أمراض التخاطب في الطب العربي رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الطب. جامعة عين شمس.
- ٧٤- عبد الستار أحمد رمضان (١٩٩٥). نحو مفاهيم العدد والمكان والكم والاستنتاج وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية لدى الأطفال المصريين والألمان رسالة دكتوراه غير منشورة. ألمانيا. جامعة لايبزج.
- ٧٥- ملاك جرجس (١٩٨٥). اللعجاجة واضطراب الكلام. سلسلة مشاكل الصحة افسية للأطفال وعلاجها. الرياض دار الفلواء.
- ٧٦- صفاء غازي أحمد حمودة (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي بالسيكودراما والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللعجاجة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- ٧٧- انطونيو دماسيو (١٩٩٤). الدماغ واللمة. مجلة العلوم. الكويت. مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

- ٧٨ - ليلى كرم الدين (١٩٨٩). الحصيلة اللغوية المتوقعة لطفل ما قبل المدرسة الكويت. الجمعية الكويتية للطفولة العربية.
- ٧٩ - ليلى كرم الدين (١٩٩٠). اللغة عند الطفل تطورها ومشكلاتها. القاهرة. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ٨٠ - زينب عبد الحميد لطفى (١٩٩٠). دراسة عيوب النطق بين أطفال المدارس الابتدائية. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التمريض. جامعة الإسكندرية.
- ٨١ - صديجة عبد الحى مشهور (٢٠٠١). أساليب للمعاملة الوالدية للأطفال المتلعثمين واقتراح برنامج علاجي إرشادي لمواجهة حالات التلعثم في مدينة جدة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية للبنات. جدة.
- ٨٢ - على حمدان (٢٠٠٢). الضغوط النفسية لدى عينة من معلمين ومعلمات تربية الخاصة. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.
- ٨٣ - صفاء عازى حمودة (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي بالسكودرام و ممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية. جامعة عين شمس.
- ٨٤ - هفراء سعيد خليل (٢٠٠٠). بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين في الكلام. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة القاهرة.
- ٨٥ - محمود عطا الله خويولات (٢٠٠٤). التكيف النفسي لدى طلاب المرحلة الأساسية الذين يعانون من التأخر. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- ٨٦ - جين نيكسون (٢٠٠٠). مساعدة الأطفال على مواجهة التلعثم. بيروت. الدار العربية للعلوم.
- ٨٧ - حمدان محمد حسن نافع (١٩٨٧). اللجلجة وعلاقتها بسمات الشخصية

- ومستوى التطلع لى طلاب المرحلة الإعدادية رسالة ماجستير غير مشورة
كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٨٨- محمد النحاس، سليمان أبو حبيب (٢٠٠٦). علم التجويد كمدخل وقائى
وعلاجى لاضطرابات النطق والكلام (التخاطب) التلثم ثودجا، ورقة عمل
فى المركز الدولى للاستشارات والتدريب والتخاطب، دبى، الإمارات العربية
المتحدة.
- ٨٩- مایسة النبال، أسماء العطية، مبرقت فضل (٢٠٠٧). المتغيرات الانفعالية
لدى عينة من الأطفال المعاقين وذوى اضطرابات الكلام. دراسة سبكومترية
فهرائية مقارنة فى المجتمعين المصرى والقطرى. الدوحة. المؤتمر الدولى الأول
لطفل العربى من ١٢-٢٣ فبراير.
- ٩٠- جيهان غالب عباس (١٩٩٨). دراسة لبعض المتغيرات القبببة والنفسية
المرتطة مظاهرة التلثم فى الكلام عند الأطفال. رسالة ماجستير غير مشورة
معهد الدراسات والبحوث الببببة. جامعة عين شمس
- ٩١- حمزة السعيد (٢٠٠٣). التأتأة المظاهر والأمباب والعلاج. مجلة لتربية
العند ١٤٥. للدوحة. ص (٢٠٨-٢٠٩).
- ٩٢- مارس موسى، مطلب المشاقبة (١٩٨٧). فى اضطرابات النطق عند الأطفال
العرب. الكويت. الجمعية الكويتية للطفولة العربية.
- ٩٣- سموت أحمدعید ره (٢٠٠٠). فاعلية العلاج السلوكى متعدد المحاور
وانقراءة اشتراكية فى علاج اللبلة وبعض الاضطرابات النفسية المصحبة،
رسالة دكتوراه غير مشورة معهد الدراسات العليا للطفولة. الذهرة جامعة
عين شمس.
- ٩٤- جبریل، مصطفى السعيد (٢٠٠٠) علاج اضطرابات النطق والكلام.
التصورة. دار عامر للطباعة ونشر.
- ٩٥- الجمعية السعودية لأمراض السمع والتخاطب SSPAA (٢٠٠٣).
الرباض.

٩٦- الدبوس، رنا صميم (٢٠٠٤). التعلّم وعلاقته بالتحصيل الدراسي ومفهوم الذات دراسة مقارنة في مرحلة الطفولة المتأخرة رسالة ماجستير غير منشورة. القاهرة. كلية الآداب جامعة عين شمس.

٩٧- حمزة خالد السيد (٢٠٠٦). مظاهر التأخر عند الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق. مجلد ٢٢. ع ١. دمشق. ص ١٣٠-١٨٥.

٩٨- عبد الرحمن الميسوي (٢٠٠٠) اضطرابات الطفولة والمراهقة وعلاجها. بيروت. دار الراتب الجامعية.

المراجع الأجنبية:

- 1- Mchoel, Leeuer and David Barilay Stulteing.(1998) A Brief Reviewers American Academy of Family Physicians. May
- 2- Jane Mazurka (1989):The student who stutters. Teacher's Guide.
- 3- Stephen B. Hood (1958). Holpuig chldren talk Fluently Speech and hearing clinic the university of south Alabama.
- 4- Sheehon, J. confind thely of stuttering asyrs sum ly Jon E. sensu & Weudall Johnzur New York. Harper and run pp 121-140
- 5- Shirley N and Sparks M Birth(1984). Defects and speech disorders. Californiar College - Hillpress.
- 6- Williams, Rona M (1974) Speechad difficulties in chldwrd Aprodical Guide for Teachers and Parents London: Geogre. Havop
- 7- West Robert. The pothilugy of stulteing. Lu speech ilups Abook of neasary Ly Riper Van New york prentice - Hall lap.
- 8- Emmons, S , & Thomas, A , (2007): Power Performance For Singers' Transcending the Barriers Oxford Univ. Press, Briton.
- 9- Gaag A, Smith L, Davis S, Moss B, Cornelius V, Laing S, Mowles C. (2005): Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study, Jun; 19 (4): 372 -80.
- 10- Hill, D., (1995): Assessing the Language of Children who Stutter

Topics in Language Disorder, Vol. (15), PP. 60-78

- 11- Conrager, S. (1996): Personality Description, Dynamic and Development W. H. Freeman Company, New – York.
- 12- Ingham, R. (1999): Measurement and Modification of Speech Naturalness During Stuttering Therapy. *Journal of Speech language, Hearing Disorder*, Vol.(55), PP 261- 281
- 13- Muys, D. & Reynolds (2001): *Effective Teaching*. New-York: Springer Publishing Company
- 14- Van Riper, C & Erickson, R. (1997). *Speech correction: An introduction to speech pathology and audiology*. (9th Eds). Boston: Allyn and Bacon.

محتويات الكتاب

٥ مقدمة

الفصل الأول

| | |
|---------|--|
| ٩ | اللغة والنمو اللغوي لدى الأطفال |
| ٩..... | مقدمة |
| ٩..... | أولاً - أهمية اللغة .. |
| ١٠..... | ثانياً - وظائف اللغة .. |
| ١٠..... | ثالثاً - مرحلة النمو اللغوي .. |
| ١١..... | رابعاً - عوامل اكتساب المهارات اللغوية .. |
| ١٢..... | خامساً - الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوي السوي .. |
| ١٨..... | سادساً - مراحل الكلام .. |

الفصل الثاني

| | |
|---------|---|
| ٢٥ | اضطرابات اللغة والكلام |
| ٢٥..... | مقدمة |
| ٢٧..... | أولاً - مفهوم اضطرابات اللغة والكلام .. |
| ٢٩..... | ثانياً - أنواع اضطرابات اللغة والكلام ومظاهر كل منها .. |
| ٤٥..... | (١) التأخر .. |
| ٥٠..... | لمرحلة الأولى .. |
| ٥١..... | المرحلة الثانية .. |
| ٥٢..... | الاضطرابات البنيوية والفسيولوجية .. |
| ٥٤..... | نظريات علم النفس .. |
| ٥٥..... | نظريات الإشراف الكلاسيكي .. |

| | | |
|----|-------|--|
| ٦١ | ..... | خصائص النفسية للمتعلمين |
| ٦١ | ..... | تشخيص التأتأة |
| ٦٧ | ..... | (٢) اضطراب التعلم |
| ٦٨ | ..... | مراحل ظهورها |
| ٦٨ | ..... | مراحل تطور التعلم |
| ٦٩ | ..... | نظريات تفسر أسباب التعلم |
| ٧١ | ..... | مفاهيم وأسباب مشكلة التعلم في الكلام |
| ٧٢ | ..... | نظريات التعلم |
| ٧٧ | ..... | ثالثاً- نسبة انتشار الاضطرابات اللغوية والكلامية |
| ٧٧ | ..... | رابعاً- أسباب اضطرابات اللغة والكلام |

الفصل الثالث

| | | |
|-----|-------|---|
| ٨٢ | ..... | تشخيص اضطرابات اللغة والكلام وعلاجها |
| ٨٢ | ..... | مقدمة |
| ٨٣ | ..... | أولاً- مدخل إلى تشخيص اضطرابات اللغة والكلام |
| ٨٦ | ..... | ثانياً- تشخيص اضطرابات الكلام |
| ٨٧ | ..... | معايير الحكم على اضطرابات النطق |
| ٨٧ | ..... | تشخيص اضطرابات اللغة والكلام في الطب النفسي |
| ٨٩ | ..... | تشخيص اضطرابات اللغة والكلام في علم أمراض التخاطب |
| ٩٢ | ..... | تشخيص اضطرابات اللغة والكلام في علم النفس |
| ٩٥ | ..... | ثالثاً- علاج اضطرابات اللغة والكلام |
| ٩٥ | ..... | العلاج الطبي |
| ٩٦ | ..... | العلاج النفسي |
| ٩٧ | ..... | العلاج الكلامي |
| ٩٨ | ..... | الممارسة السليمة |
| ٩٩ | ..... | العلاج البيئي |
| ١٠٠ | ..... | العلاج عن طريق الإرشاد |

| | |
|----------|-------------------------------|
| ١٠١..... | العلاج عن طريق الاسترخاء..... |
| ١٠٢..... | أولاً العلاج النفسى..... |
| ١٠٤..... | علاج التلعثم..... |
| ١٠٦..... | علاج التلعثم عند الكبار..... |
| ١٠٩..... | قائمة المراجع..... |

Inv:1836

Date:4/4/2016

اضطرابات القاتاة



مكتبة الإسكندرية



1226577



0 536100 071324